This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0173 7621

DE

LA TARSALGIE

OU

ARTHRALGIE TARSIENNE

DES ADOLESCENTS

Par P.-P. CABOT

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris et de Toulouse,
Lauréat de l'École de Médecine de Toulouse.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1866

M781
C11
1866

Digitized by Google

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

Digitized by Google

DE

LA TARSALGIE

Digitized by Google

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

Digitized by Google

DE

LA TARSALGIE

Digitized by Google

LANE

MEDICAL LIBRARY

SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885

LEVI COOPER LANE FUND

Digitized by Google

DE

LA TARSALGIE

Digitized by Google

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Monsieur

Digitized by Google

DE

LA TARSALGIE

OU

ARTHRALGIE TARSIENNE

DES ADOLESCENTS

Par P.-P. CABOT,
DOCTEUR EN MÉDECINE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris et de Toulouse,
Lauréat de l'École de Médecine de Toulouse.

LANE LIBRARY

LANE MEDICAL LIBRARY
11302
SAN FRANCISCO

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
1866

EW

Digitized by Google

Digitized by Google

M781
C11
1866

DE

LA TARSALGIE

OU

ARTHRALGIE TARSIENNE

DES ADOLESCENTS

INTRODUCTION

La question que nous avons prise pour sujet de cette thèse se présentait d'abord à notre esprit comme une œuvre d'une extrême brièveté et d'un travail très-facile. Il nous suffisait, en effet, de rappeler les quelques observations que l'on trouve dans un petit nombre d'auteurs qui se sont occupés de la matière, d'ajouter à ces observations celles qui sont à notre disposition, et qui sont encore inédites, et de déduire, de la comparaison des faits que nous aurions eus entre les mains, la méthode de traitement à nos yeux la plus efficace pour venir à bout de la maladie. Nous n'avions pas la prétention de rapporter longuement les opinions émises jusqu'ici sur la nature de l'affection que nous aurions décrite, et de nous livrer à ce sujet à une longue dissertation. Une pareille discussion nous aurait paru fort oiseuse, attendu qu'elle ne pouvait être fondée que sur

Digitized by Google

de simples conjectures, toutes étayées sur une base plus ou moins fragile. Fallait-il faire de la maladie qui nous occupe une simple déviation du pied par rétraction musculaire, analogue aux autres déviations de cet organe, et à laquelle venait, à un moment donné, et par une cause le plus souvent inappréciable, s'ajouter un nouvel élément, la douleur? Fallait-il la considérer comme une paralysie ou un affaiblissement du long péronier latéral, comme M. Duchenne (de Boulogne) prétend l'avoir prouvé par l'anatomie, par l'expérimentation électro-physiologique, par l'observation clinique, et enfin par les résultats thérapeutiques obtenus à l'aide de la faradisation? Ou bien valait-il mieux, à l'exemple de M. Gosselin, voir dans le valgus douloureux une arthrite sèche, chronique, d'origine diverse, dans laquelle la douleur amenait par action réflexe, comme dans nombre d'autres arthrites, la contracture musculaire et consécutivement la déviation? Ces trois théories pouvaient se soutenir, et par de très-bons arguments: elles ont été soutenues toutes les trois, et chacune garde encore ses partisans. Mais aucune n'apportait, à l'appui de son dire, le témoignage de l'anatomie pathologique, et ce témoignage est à nos yeux à peu près indispensable. Les lésions du valgus douloureux n'avaient pas encore été examinées sur le cadavre. Avant de discuter fructueusement, et surtout avant de pouvoir conclure, il fallait au moins une autopsie. Cette autopsie, nous l'attendions depuis cinq ans, depuis le jour où nous avons observé le premier valgus douloureux, et où nous avons commencé nos recherches sur cette maladie. Nous voyions approcher avec regret l'époque où il nous faudrait, pressé par le temps et par les circonstances, livrer prématurément à l'imprimeur et à la Faculté le produit incomplet de nos recherches, et il nous répugnait gran-

Digitized by Google

dement de laisser notre œuvre au point où l'avaient laissée les auteurs qui s'en étaient occupés avant nous. Nous cherchions déjà à nous consoler de n'avoir fait qu'effleurer notre sujet et de présenter à nos juges un travail inachevé. Au moment où nous désespérions de l'avenir de notre thèse, nous avons eu l'heureuse chance de pouvoir enfin examiner sur le cadavre les lésions que le hasard avait constamment jusqu'alors dérobées à nos investigations. C'était vers ces derniers temps, alors que notre thèse était presque terminée. Les lésions que nous a révélées l'examen nécroscopique nous ont obligé à modifier considérablement l'ordre, l'étendue, la forme et le fond de notre travail. Malheureusement ces modifications ont dû être faites à la hâte, et peut-être notre œuvre s'en ressentira-t-elle un peu. Nous demandons à nos juges de vouloir bien tenir compte de cette considération, et de nous accorder leur indulgence si notre thèse pèche un peu trop en quelque point. Le temps nous a fait défaut. Nous avons dû réformer notre travail avec un peu de précipitation, et il nous a été impossible d'y mettre la dernière main.

Nous prions M. Gosselin, notre excellent et vénéré maître, de recevoir ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour les bonnes leçons qu'il nous a données pendant les deux ans que nous avons été attaché à son service, et pour les savants conseils qu'il nous a prodigués dans la préparation de cette dernière épreuve. C'est lui qui, avec une extrême bienveillance, a mis à notre disposition les documents les plus importants et les plus précieux : c'est dans son service, à l'hôpital Beaujon et à l'hôpital de la Pitié, que toutes nos observations ont été prises par ses élèves, au nombre desquels nous sommes heureux et fier de nous compter : c'est lui qui a revu ces observations et y a fait les correc-

Digitized by Google

tions nécessaires; enfin, ce sont ses idées que nous reproduirons dans le cours de notre thèse, du moins en grande partie et autant que nous le permettront notre faible capacité et la difficulté de notre tâche. Nous prions également M. Bouvier, chirurgien de l'hôpital des Enfants, d'accepter nos remercîments pour la bonté avec laquelle il nous a accueilli, et pour les doctes conseils qu'il nous a donnés. Enfin, qu'il nous soit permis de témoigner à notre bon maître, M. Matice, médecin de l'hôpital de la Pitié, toute notre gratitude pour les savantes leçons que nous avons reçues auprès de lui pendant notre internat dans son service, et pour certains points de vue d'étiologie et de thérapeutique qu'il nous a suggérés à l'endroit de notre thèse, et qui, sans lui, auraient peut-être passé pour nous tout à fait inaperçus.

DÉFINITION. — SYNONYMIE. — HISTORIQUE.

L'arthralgie tarsienne, ou tarsalgie, est une maladie douloureuse du pied, survenant spécialement chez les adolescents, et se traduisant à l'examen clinique par une douleur de siége, d'intensité et d'étendue variable; par la claudication, par la difficulté ou même l'impossibilité de la marche et de la station debout; par la gêne ou l'abolition plus ou moins complète des mouvements du pied; par la contracture de certains muscles, et la déviation du pied le plus ordinairement en dehors; cette maladie est anatomiquement caractérisée par des lésions articulaires, qui, probablement, ne sont encore connues que d'une manière incomplète, et qui occupent les jointures du tarse.

Les auteurs qui se sont occupés de cette affection lui ont donné des noms différents, suivant l'idée qu'ils se formaient de sa nature. M. Jules Guérin, qui la consi-

Digitized by Google

dérait comme un valgus ordinaire, par simple rétraction des muscles, l'avait désignée sous le nom de *valgus pied plat douloureux*. Cette dénomination est mauvaise pour deux raisons : d'abord ce mot de valgus a le tort de trop rapprocher la tarsalgie des autres pieds bots; en second lieu, la qualification de pied plat doit être complétement supprimée, attendu que l'aplatissement du pied est une circonstance relativement très-accessoire, qui ne se rencontre pas dans tous les cas à beaucoup près, et que nous n'avons eue que rarement dans les observations rapportées à la fin de notre thèse. Toutefois, comme le mot de valgus sert à désigner un des symptômes principaux de la maladie, nous croyons pouvoir conserver la dénomination de *valgus douloureux*, que nous emploierons comme synonyme des mots tarsalgie et arthralgie tarsienne.

Bonnet avait conservé la dénomination imposée par M. J. Guérin. M. Duchenne (de Boulogne), voyant dans le valgus douloureux le résultat d'une contracture du long péronier latéral ou d'un affaiblissement du même muscle, l'avait appelé, suivant qu'il y avait pied plat ou pied creux, valgus pied plat par paralysie du long péronier latéral, ou valgus pied creux par contracture du long péronier latéral. Il n'ajoutait l'épithète de douloureux, que lorsque la douleur venait s'ajouter à la déviation du pied en dehors. Actuellement, M. Duchenne, que nous avons consulté, admet deux espèces de tarsalgie, tout en conservant la paralysie du long péronier latéral : l'une, primitive, amène la contracture musculaire, le valgus et toutes ses conséquences; l'autre, consécutive, se développe sur un pied déjà dévié en dehors par suite de la paralysie ou de la contracture du long péronier latéral.

M. Gosselin avait d'abord accepté la dénomination de

Digitized by Google

valgus pied plat douloureux; mais, à mesure que les faits se sont présentés à son observation, il a vu que la maladie existait souvent sans pied plat et qu'elle devait être séparée des pieds bots ordinaires. Il a cru avoir affaire à une arthrite de l'articulation du calcanéum avec l'astragale; d'où le nom d'arthralgie calcanéo-astragalienne qu'il avait substitué à celui de valgus pied plat douloureux et qui se trouve consigné dans une note reproduite par la *Gazette des hôpitaux* de l'année 1861 (page 229). Plus tard, en raison de cette considération que la lésion articulaire n'était probablement pas limitée à l'articulation calcanéo-astragalienne, mais occupait aussi les autres jointures du tarse, M. Gosselin a abandonné le nom d'arthralgie calcanéo-astragalienne pour lui substituer ceux de tarsalgie ou d'arthralgie tarsienne des adolescents. Ce sont ces deux dernières dénominations que nous adopterons, tout en conservant aussi celle de valgus douloureux qui nous paraît assez bonne en raison des considérations exposées ci-dessus et qui, d'ailleurs, a l'avantage incontestable de relier l'état actuel de la question à son état passé et de faciliter pour nos lecteurs les recherches qu'ils désireraient faire sur ce qui a été dit et fait avant nous.

La première indication que nous avons rencontrée dans les auteurs au sujet de la maladie que nous allons décrire, remonte à l'année 1838. Elle nous est fournie par M. Stromeyer (*Contributions à l'orthopédie opératoire;* Hannover, 1838). « L'aggravation du pied plat, dit-il, dépend de ce qu'il s'y ajoute une inflammation chronique des ligaments et des membranes synoviales du pied, ce qui rend les articulations très-sensibles à la pression et donne lieu à des épanchements séreux entre les os du tarse. » Il rapporte en outre des observations d'arthrites tarsiennes survenues chez de jeunes apprentis à la suite

Digitized by Google

de la station verticale prolongée, de longues courses ou de l'impression du froid; il a guéri ces arthrites par le repos et le redressement du pied à l'aide de bandages sans avoir recours à la ténotomie. En 1841, dans son *Traité des sections tendineuses et musculaires* (page 541), Bonnet (de Lyon) donna l'observation d'un double valgus douloureux, d'origine rhumatismale, développé chez une jeune fille de 15 ans affectée de pieds plats et sur laquelle il pratiqua des deux côtés la section des péroniers latéraux. En 1848, dans son rapport sur les traitements orthopédiques (page 119 et suiv.), M. Jules Guérin publie les observations de trois valgus douloureux qu'il a guéris par la section des péroniers latéraux, de l'extenseur commun des orteils et du péronier antérieur; ces trois cas ont été observés dans les années 1843 et 1844. M. J. Guérin désigne la maladie sous le nom de *valgus pied plat douloureux*, et la considère comme un simple pied bot, auquel s'ajoute comme élément accessoire la douleur et comme élément presque indispensable l'aplatissement de la voûte plantaire. En 1853, dans son *Traité de thérapeutique des maladies articulaires* (page 507 et suiv.), Bonnet reprend la question. Il dit que Scarpa, Scoutetten, Philips, Duval, n'ont point parlé du trouble fonctionnel et de la déformation qui constituent le valgus douloureux. Il croit que le pied plat se montre d'abord et que plus tard seulement apparaît la douleur. Il recommande la section des péroniers latéraux au-dessous de la malléole externe, et, s'il est besoin, la section de l'extenseur commun des orteils et du péronier antérieur, à l'exemple de M. J. Guérin. Plus loin, page 521, il donne l'observation d'un homme âgé de 45 ans, atteint de rhumatisme chronique fixé sur les deux pieds, et produisant une déformation analogue à celle du pied plat valgus douloureux; il emploie le traitement hydro-

Digitized by Google

thérapique, sectionne les péroniers latéraux, fait usage d'appareils de mouvement et obtient la guérison. En 1856, M. Duchenne (de Boulogne), dans son mémoire intitulé : *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles moteurs du pied*, émet une théorie nouvelle sur la genèse du valgus pied plat douloureux. La cause de la déviation est une paralysie ou un affaiblissement du long péronier latéral, muscle qui préside au maintien de la voûte plantaire. Plus tard survient la douleur qui résulte d'une pression insolite développée pendant la station et la marche dans les articulations du tarse, et notamment dans la jointure calcanéo-astragalienne.

En 1858, M. Delore publie, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (p. 490 et suivantes du tome LIV), une leçon clinique de Bonnet qui traite longuement la question du valgus pied plat douloureux. Il rapporte une série d'observations appartenant à Bonnet, et les trois cas relatés par M. Jules Guérin en 1848 dans son rapport sur les traitements orthopédiques.

Bonnet a entrevu la nature de la maladie ; on peut lui reprocher toutefois de ne pas y insister suffisamment. A la page 490, il déclare que le valgus douloureux est moins la conséquence de la rétraction de certains muscles que d'un état morbide du pied. Plus loin, il s'exprime en ces termes (page 491) : « Si l'on veut rendre au pied sa direction normale, rétablir la concavité inférieure et interne du pied et ramener le talon en dedans, on éprouve des difficultés variables suivant la rétraction variable des muscles dont nous avons parlé et suivant les lésions des jointures. Il y a souvent, en effet, des ankyloses, des altérations articulaires que les craquements rendent sensibles après la section des tendons. » A l'article *Etiologie*, il insiste beaucoup sur l'influence des lésions traumatiques (entorses, contusions, diastasis),

Digitized by Google

sur l'influence du vice rhumatismal, sur une laxité anormale des ligaments et sur un état hyperesthésique indépendant des deux causes précédentes. Il décrit les symptômes d'une manière très-satisfaisante et il indique le traitement qu'il emploie. Mais, à notre avis, il est beaucoup trop partisan des sections tendineuses, bien qu'il les proscrive au début du mal et pour les cas légers. Enfin, en terminant, il s'élève contre les idées de M. Duchenne. Celui-ci est loin d'être convaincu par les objections que Bonnet a soulevées contre sa nouvelle théorie émise deux ans avant la publication du travail de M. Delore. En 1860, il fait paraître un nouveau mémoire, dans lequel il confirme par de nouveaux faits et de nouveaux arguments, la genèse du valgus avec pied plat ou pied creux suivant qu'il y a paralysie ou contracture du long péronier latéral. Il réfute longuement l'argumentation de Bonnet.

A cette occasion surviennent un rapport de M. Bouvier sur le Mémoire de M. Duchenne et une discussion à la Société de chirurgie qui laissent la question à peu près au point où elle en était. Les choses en étaient là lorsque M. Gosselin a commencé ses recherches et amené dans la manière générale d'envisager le valgus douloureux la modification que nous avons déjà indiquée à l'article *Synonymie* et que nous exposerons avec plus de détails ultérieurement.

ÉTIOLOGIE.

Nous diviserons les causes de la tarsalgie en causes occasionnelles et causes prédisposantes. Parmi les premières nous placerons : 1° les entorses et les contusions du pied portant sur l'articulation tibio-tarsienne ou sur les jointures du tarse; 2° les courses longues et fré-

Digitized by Google

quentes, la station verticale longtemps prolongée; 3° le vice rhumatismal. Dans les secondes, nous ferons intervenir l'âge, le sexe, le tempérament, la profession, l'accroissement rapide, la laxité anormale des ligaments et un certain état hyperesthésique des jointures tarsiennes. Enfin nous examinerons quelle est l'influence de la conformation dite pied plat, quel est le pied le plus souvent atteint et quel est le degré de fréquence de la tarsalgie.

A. *Causes occasionnelles.* — 1° De toutes les causes occasionnelles, celles qui figurent le plus souvent dans la genèse de la tarsalgie sont, sans contredit, les entorses et les contusions du pied. A la suite de ces deux espèces d'actions traumatiques, pour peu qu'elles aient été mal soignées et qu'elles aient été produites sur un sujet d'ailleurs prédisposé par l'une des circonstances que nous étudierons plus loin, on voit se développer toute la série de phénomènes qui constitue la tarsalgie. Il est en général difficile d'assister à la période morbide qui établit la transition entre l'entorse ou la contusion d'une part, et l'arthralgie tarsienne d'une autre part. Jamais il ne nous a été donné de voir cette transition se faire sous nos yeux. Dans la plupart des cas, voici ce qui se passe. Un malade prend une entorse ou se fait au pied une contusion. On fait un petit traitement qui amène une amélioration ou une guérison très-complète en apparence, et le malade cesse toute espèce de soins pour reprendre ses occupations habituelles. Peu de temps après, on voit survenir graduellement chez lui tous les symptômes de la tarsalgie au premier degré. Quelquefois il est impossible de saisir la moindre interruption entre les phénomènes de l'entorse et ceux de l'arthralgie tarsienne. L'une succède à l'autre sans au-

Digitized by Google

cune rémission. Nous distinguerons les tarsalgies développées sous l'influence de ce premier ordre de causes sous le nom de tarsalgies traumatiques, par opposition à celles qui se produisent sous l'influence du vice rhumatismal ou des causes prédisposantes longtemps continuées et que nous appellerons tarsalgies spontanées ou de cause interne.

2° A côté des entorses et des contusions du pied viennent se ranger tout naturellement les courses longues et fréquentes, ainsi que la station verticale prolongée, lesquelles développent, par leur action longtemps continuée, des tiraillements et des pressions analogues aux tiraillements et aux pressions qui constituent le principal mode d'action de la contusion et de l'entorse. Nous observerons néanmoins que les courses et la station verticale n'agissent qu'à la longue, que, d'ailleurs, leur action est moins énergique et qu'elles ne produisent jamais ces déchirures ligamenteuses qui, dans l'entorse, sont si favorables au développement de la tarsalgie.

3° L'influence du vice rhumatismal est des plus incontestables. M. Stremeyer avait déjà noté l'impression du froid comme cause de ces arthrites chroniques qui viennent aggraver le pied plat. Bonnet insiste spécialement sur l'action de la diathèse rhumatismale et rapporte plusieurs observations dans lesquelles elle est de la dernière évidence. Enfin plusieurs de nos observations attestent la vérité de ce que nous venons de dire relativement au rhumatisme. Dans la plupart des tarsalgies d'origine rhumatismale, plusieurs articulations ont été ou sont prises d'arthrite, et souvent on voit l'arthralgie tarsienne se développer simultanément ou successivement sur les deux pieds.

B. *Causes prédisposantes.* — 1° *Age.* En première

Digitized by Google

ligne se présente l'âge. La tarsalgie apparaît en général de 12 à 18 ans : c'est là du moins ce qui ressort de nos observations et de celles qui ont été produites par Bonnet et M. J. Guérin. Elle est en quelque sorte propre à l'adolescence, bien qu'on la rencontre par exception à un âge plus avancé : aussi la désignons-nous, avec M. Gosselin, sous le nom de tarsalgie des adolescents. Elle se montre au moment où se fait, avec une grande rapidité, le développement complémentaire du squelette. M. Gosselin avait pensé qu'il se produisait ici quelque chose d'analogue à ce qu'il a écrit sur l'ostéite épiphysaire dans un travail publié en 1859 par les *Archives générales de médecine.* Mais l'anatomie n'a pas démontré qu'il se fît, à cet âge de la vie, aucune soudure d'épiphyse soit dans l'astragale, soit dans le calcanéum, et nous devons nous contenter d'appeler sur ce point de nouvelles recherches.

3° *Accroissement rapide.* — Cette circonstance n'est pas notée dans les observations publiées jusqu'à ce jour, ni dans celles de Bonnet, ni dans celles de M. J. Guérin. Mais plusieurs des nôtres la mettent en lumière d'une façon incontestable. Il en est de même d'un cas que nous avons vu dernièrement à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, et qui nous a été montré par l'interne du service, notre ami, M. Leroy : dans ce cas le malade, très-petit jusqu'alors, avait en très-peu de temps grandi beaucoup. L'accroissement rapide observé chez les sujets atteints de tarsalgie est une raison de plus pour songer à l'ostéite épiphysaire dont nous avons parlé ci-dessus. Il suffit alors, en effet, d'une circonstance insignifiante en tout autre cas pour faire passer le travail rapide qui préside au développement du système osseux de l'activité normale à une suracti-

Digitized by Google

vité pathologique, c'est-à-dire à un état réellement inflammatoire.

Sexe. — Nous ne saurions dire au juste quelle est l'influence du sexe. En consultant nos observations, nous trouvons que dix sept d'entre elles se rapportent à des sujets du sexe masculin, et neuf seulement à des filles, en sorte que la tarsalgie serait deux fois moins fréquente dans le sexe féminin. Mais il est impossible de rien conclure d'un pareil relevé, attendu que nous avons eu l'occasion de l'observer beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme, le service d'hommes de M. Gosselin étant plus de deux fois plus nombreux que son service de femmes.

Profession. — Les professions qui prédisposent le plus à la tarsalgie sont celles qui exigent la station verticale prolongée ou des courses longues et fréquentes. Cela ressort évidemment de nos observations. Tantôt il s'agit d'un apprenti mécanicien qui se rend tous les jours de la rue Mouffetard à la Porte Saint-Martin, en revient tous les soirs et travaille debout toute la journée. Tantôt nous avons affaire à un garçon de café dont la journée se passe à courir d'une salle à l'autre. Ailleurs, comme dans notre dernière observation, c'est une domestique qui reste constamment debout et qui tous les matins est obligée de frotter les appartements, occupation très-pénible et qui laisse le pied gauche porter seul presque tout le poids du corps.

Tempérament. — En général, les sujets atteints de tarsalgie sont un peu lymphatiques et de complexion délicate. Ils sont blonds et se fatiguent facilement. Néanmoins, ils sont rarement scrofuleux et, chez aucun

Digitized by Google

d'eux, nous n'avons noté l'existence de tubercules pulmonaires.

Laxité anormale des ligaments et état hyperesthésique spécial des jointures du tarse. — Nous n'avons signalé cette circonstance dans aucune des observations que nous avons rapportées et nous ne l'avons pas trouvée non plus dans aucune des observations de Bonnet ou de M. J. Guérin. Elle se trouve seulement indiquée et encore très-légèrement dans la clinique de M. Delore. Nous comprenons toutefois qu'elle peut se rencontrer et jouer un rôle très-efficace dans la production de la tarsalgie.

Influence du pied plat. — Nous nous sommes demandé si le pied plat avait une influence sur le développement de l'arthralgie tarsienne. Si on avait soulevé, il y a quelque temps, une question pareille devant un conseil de révision, la réponse ne se serait pas fait attendre : les pieds plats étaient impitoyablement réformés. La manière de voir des chirurgiens militaires a bien changé depuis les recherches de Gama, et chacun sait aujourd'hui que les pieds plats fournissent de très-bons marcheurs. Néanmoins, nous ne pensons pas que l'aplatissement du pied soit une chose indifférente au point de vue de la genèse du valgus douloureux. Sans pouvoir dire quelle est au juste son influence, nous croyons qu'elle existe, quoique probablement très-limitée. C'est du moins ce qui semble ressortir des derniers faits que nous avons observés.

Quel est le pied le plus souvent atteint? — Le pied le plus généralement affecté de tarsalgie est le pied gauche. Il a été pris 17 fois dans nos 26 observations. Le pied

Digitized by Google

droit l'a été beaucoup plus rarement et encore la tarsalgie était-elle alors le plus souvent traumatique ou bien liée à une diathèse rhumatismale, auquel cas le pied gauche était aussi et plus gravement atteint.

Fréquence. — L'arthralgie tarsienne est une maladie assez fréquente. En six ans, M. Gosselin en a observé plus de 26 cas, bien qu'il ne s'occupe pas spécialement des déformations des systèmes osseux et musculaire. Cette fréquence, la nécessité de savoir bien reconnaître la tarsalgie, la difficulté du diagnostic dans certains cas et enfin l'efficacité fréquente d'un traitement bien dirigé sont les raisons qui nous ont déterminé à prendre cette maladie pour sujet de notre thèse et nous croirons avoir fait une chose très-utile si nous parvenons à faire bien ressortir ses caractères cliniques.

SYMPTÔMES.

La tarsalgie débute à peu près constamment d'une manière lente. Le premier phénomène qu'on observe est un sentiment de pesanteur, de gêne, d'engourdissement qui occupe tout le pied, particulièrement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Bientôt après, se montre une véritable douleur qui siége au niveau et un peu en avant des malléoles, formant quelquefois autour du cou-de-pied une espèce de demi-collier. Très-légère et obtuse d'abord, elle ne tarde pas, après quelque temps de marche ou de station verticale, à devenir beaucoup plus vive. Les malades sont obligés d'abandonner leur travail avant la fin de la journée et de prendre un peu de repos. Enfin, après quelques semaines, cette même douleur les force à rester couchés des journées entières. A la faveur du repos, la douleur disparaît. Les

Digitized by Google

Digitized by Google

lent et la pression y détermine à peine un léger surcroît de sensibilité.

Conjointement avec la douleur et le gonflement, arrive la claudication. Les malades boitent d'une manière très-notable ; ils appuient seulement le talon sur le sol et ne peuvent faire porter la pointe du pied. S'ils descendent un escalier, ils marchent encore facilement; mais s'ils veulent le monter, ils éprouvent beaucoup de peine, et la claudication apparaît alors dans toute sa netteté. Cette boiterie est un fait très-important ; quelquefois, comme le témoignent quelques-unes de nos observations, elle est d'une ténacité désespérante, et elle persiste alors que tous les autres phénomènes ont disparu.

A une époque qu'il nous est impossible de préciser, mais très-peu de temps après l'apparition du gonflement, de la douleur et de la boiterie, on voit survenir la déviation du pied. Ce symptôme est très-bien décrit dans la clinique de M. Delore, à qui nous en empruntons en grande partie la description. Cette déformation du pied est ici caractérisée par la rotation en dehors, la flexion, et enfin l'abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied. La rotation en dehors résulte d'un mouvement qui se produit dans l'articulation calcanéo-astragalienne. L'astragale reste en place, tandis que le calcanéum est porté en dehors avec tout le reste du pied; aussi la tête de l'astragale fait-elle au côté interne du pied un relief considérable, et l'axe de la jambe prolongé tombe-t-il beaucoup plus en dedans qu'à l'état normal. La malléole interne est beaucoup plus saillante qu'à l'ordinaire, et l'externe beaucoup moins. Le bord externe du pied est relevé et appuie à peine sur le sol, tandis que le bord interne est abaissé et porte seul le poids du corps L'abduction de l'avant-pied sur le pied postérieur ré-

Digitized by Google

sulte d'un mouvement qui se fait dans l'articulation de Chopart. Par suite de ce mouvement, le scaphoïde offre une saillie prononcée ; le bord interne du pied est convexe, et le sommet de cette convexité fait songer à une exostose ou à une subluxation du scaphoïde. Le bord externe est concave, et le sommet de la courbe correspond au cuboïde. La flexion du pied a lieu dans l'articulation tibio-tarsienne ; ce mouvement relève la pointe du pied et abaisse le talon, quelquefois très-notablement. Au lieu de faire avec la jambe un angle obtus de 108 degrés qui est l'angle normal, le pied ne forme plus qu'un angle droit. M. Delore, d'après la leçon clinique de Bonnet, parle ensuite de l'aplatissement du pied. « Le pied, dit-il, est effondré dans le sens longitudinal et dans le sens transversal, ce qui est dû au relâchement des ligaments inférieurs du tarse et surtout du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, le plus puissant de tous. Le diamètre transversal du pied est augmenté. » Nous avons vainement cherché cet aplatissement du pied chez les sujets soumis à notre observation. Il existe peut-être dans certains cas ; mais, à notre avis, il doit être très-rare et surtout très-peu prononcé, en tant que conséquence de la tarsalgie.

Les agents actifs de la déviation du pied sont les muscles animés par le nerf sciatique poplité externe, c'est-à-dire les muscles des régions externe et antérieure de la jambe. Tous ces muscles sont plus ou moins contracturés ; ceux qui jouent le principal rôle sont les péroniers latéraux, le péronier antérieur et l'extenseur commun des orteils ; viennent ensuite le jambier antérieur et l'extenseur propre du gros orteil. Les péroniers lateraux produisent surtout le mouvement d'abduction du pied ; leurs tendons forment une corde saillante, appreciable à la vue et au toucher au-dessus de la mal-

Digitized by Google

léole externe. La corde formée par le long péronier est plus superficielle, située sur un plan plus antérieur, et peut être appréciée par l'œil aussi bien que par le doigt; celle du court péronier est plus profonde, située plus en arrière, et n'est bien sentie que par le toucher. C'est du moins ce qui nous semble résulter des recherches que nous avons faites récemment à ce sujet à l'aide de la faradisation. Au-dessous de la malléole externe, le tendon du long péronier disparaît et le doigt ne peut plus le distinguer; celui du court péronier, au contraire, se prononce davantage et fait un relief considérable depuis la pointe de la malléole jusqu'à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. Le péronier antérieur et l'extenseur commun des orteils produisent non-seulement la déviation du pied en dehors, mais encore sa flexion. Leurs tendons forment des cordes saillantes et tendues au-dessus du ligament annulaire antérieur du tarse et sur le dos du pied. Il en est de même du jambier antérieur dont la contraction est un peu moins fréquente, et de l'extenseur propre du gros orteil dont la contracture n'a été notée que très-rarement dans nos observations. Toutes ces contractures sont d'abord intermittentes et ne se montrent que lorsque le malade a marché ou a gardé quelque temps la position verticale; elles disparaissent rapidement par le repos et ne se reproduisent que par les mouvements du pied. C'est là le premier degré du valgus. Plus tard survient un second degré qui est caractérisé par ce fait que la contracture est permanente et ne cesse que par un repos très-prolongé ou sous l'influence des anesthésiques. A un troisième degré, la contracture devient absolument permanente et tend à être remplacée par une véritable rétraction; elle ne disparaît plus par le repos ni par l'emploi des anesthésiques. Lorsqu'on veut étendre le

Digitized by Google

pied ou le porter dans l'adduction, les cordes formées par les tendons se dessinent davantage, et il est impossible, quelque effort que l'on développe, de vaincre la résistance musculaire ou articulaire.

Conjointement avec la contracture se manifestent des modifications notables dans les mouvements du pied; tous ces mouvements deviennent gênés, douloureux, plus ou moins limités, quelquefois impossibles. Ceci s'applique aux mouvements spontanés et aux mouvements communiqués. Le mouvement qui est le moins altéré est le mouvement d'extension et de flexion. En général, il est seulement un peu gêné, un peu moins étendu qu'à l'état normal, et très-peu ou pas douloureux. Il n'en est pas de même des mouvements de rotation du pied autour de l'axe antéro-postérieur et de l'axe vertical. Si, fixant la jambe avec une main, on saisit avec l'autre l'avant pied, et qu'on essaye de le porter dans l'adduction ou dans l'abduction, on éprouve une résistance considérable et on provoque une douleur parfois très-vive. Si l'on saisit la jambe avec les deux mains et qu'on lui imprime un mouvement alternatif de ballottement en dedans et en dehors, le pied reste immobile; il semble soudé à la mortaise tibio-péronière. En somme, les mouvements de latéralité sont diminués ou même complétement abolis; cette diminution et cette abolition des mouvements sont, comme la contracture musculaire et la déviation du pied, très-prononcées, lorsque le malade vient de marcher; elles cessent en partie ou en totalité par le repos, dans le premier degré de la maladie. Au deuxième degré, elles ne disparaissent que sous l'influence du chloroforme. Au troisième degré, les mouvements de latéralité sont complétement et toujours abolis, soit par l'effet de la rétraction musculaire, soit par suite d'ankyloses.

Digitized by Google

Nous terminerons cette description des symptômes dejà un peu longue en mentionnant un phénomène que nous nous n'avons noté qu'un très-petit nombre de fois, mais qui est très-évident chez deux malades actuellement dans le service de M. Verneuil, à l'hôpital de Lariboisière. Si l'on fixe le cou-de-pied avec une main, tandis qu'avec l'autre on cherche à mouvoir l'avant-pied de haut en bas et de bas en haut, ou bien en dehors et en dedans, on développe un bruit rude et sec, une sorte de craquement analogue à la crépitation de certaines fractures ou de certaines arthrites sèches, comme dans la maladie de l'articulation coxo-fémorale, connue sous le nom de *morbus coxæ senilis*. Ces craquements, qui ne se font pas sentir à chaque mouvement, semblent se produire dans les articulations tarsiennes, et spécialement vers la tête de l'astragale. Nous reviendrons plus loin sur ces craquements, lorsque nous discuterons la nature de la tarsalgie et que nous en aurons décrit les caractères anatomiques.

Telle est la description générale que l'on peut donner des symptômes de la tarsalgie. Mais, à côté de cette forme générale, il existe des formes particulières qui constituent tout autant de petites variétés dont nous allons nous occuper actuellement.

1° Nous avons dit que la douleur disparaissait par le repos au lit. Cela n'est pas toujours vrai; et, dans certains cas, au contraire, la douleur subit une exacerbation notable pendant la nuit. C'est ce qui a eu lieu dans deux de nos observations pour des tarsalgies développées sous l'influence du vice rhumatismal. Dans ces deux cas, les malades souffraient horriblement pendant la nuit : il leur semblait que leur pied était pris dans une chaussure de fer trop étroite. Il leur était impossible de dormir, et ils n'obtenaient quelque trève

Digitized by Google

à leur souffrance qu'en mettant leurs pieds à l'air. Si l'on se rappelle que les douleurs rhumatismales, à l'exemple des douleurs syphilitiques, subissent pendant la nuit de fortes exacerbations, on ne s'étonnera pas de cette circonstance insolite dans l'histoire de la tarsalgie.

2° En général, avons-nous dit, la tarsalgie débute lentement : il se passe plusieurs semaines, plusieurs mois avant que les malades s'arrêtent et réclament les soins du chirurgien. Il arrive cependant quelquefois que la maladie commence brusquement : c'est ce qui a eu lieu pour un malade observé par M. Gosselin à l'hôpital Beaujon. Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, de bonne constitution, très-grand, qui était entré à l'hôpital, en décembre 1861, pour une douleur et un gonflement du pied droit survenus depuis cinq jours seulement. Ce malade a affirmé à diverses reprises que, avant ce moment, il marchait facilement, sans boiter, sans aucune souffrance, et que, tout d'un coup, un soir, après avoir marché plus qu'à l'ordinaire pour aller travailler de son état de maçon, de Neuilly à la Porte Saint-Martin, il avait ressenti une vive douleur dans le pied droit, sans entorse ni aucune cause traumatique. Lorsqu'il fut examiné pour la première fois par M. Gosselin, les symptômes habituels de la maladie se trouvaient masqués par un gonflement avec rougeur et chaleur au-dessous et en avant de la malléole externe ; si bien que, tout d'abord, on crut à un simple phlegmon. Ce fut seulement au bout de quelques jours que, la rougeur et le gonflement ayant disparu et la résolution des parties phlegmoneuses s'étant opérée, on trouva un léger valgus avec contracture habituelle du jambier antérieur et de l'extenseur commun et avec immobilité absolue du pied dans le sens

Digitized by Google

latéral, c'est-à-dire avec impossibilité de communiquer des mouvements soit autour de l'axe antéro-postérieur, soit autour de l'axe vertical. M. Gosselin resta convaincu dès lors que la maladie de ce jeune homme était une arthralgie tarsienne qui avait débuté brusquement d'une manière aiguë, avec propagation phlegmoneuse aux parties extérieures.

3° Plusieurs des phénomènes que nous avons décrits, soit après plusieurs mois de maladie, soit à la fin de celle-ci, lorsque la guérison est prochaine, peuvent faire défaut. Ainsi M. Gosselin a donné des soins à une femme dont le pied droit était devenu malade à la suite d'une entorse, qui n'avait la contracture qu'après avoir marché et ne la présentait plus une fois qu'elle s'arrêtait, et chez laquelle le valgus n'a jamais existé, au moins pendant tout le temps (trois mois) qu'elle a été soumise à son observation. Ce qui a dominé chez elle et ce qui a été invariable, c'est la suppression des mouvements de latéralité et la douleur pendant la marche, et elle n'a été guérie qu'après le retour de ces mouvements. Dans nos observations, nous voyons trois jeunes gens qui, après plusieurs semaines de traitement par l'immobilité et l'appareil inamovible n'avaient plus de contracture ni de valgus. Mais les mouvements de latéralité n'étaient pas revenus : ils continuaient à boiter et à souffrir en marchant et, s'ils voulaient continuer la marche une demi-heure ou une heure, la contracture et le valgus reparaissaient; c'est-à-dire que les premiers de ces phénomènes, l'immobilité dans le sens latéral et la douleur, restaient en permanance, tandis que les derniers, la contracture et la déviation du pied en dehors, étaient intermittents. Enfin nous avons rapporté l'observation d'un malade âgé de plus de 30 ans, qui était entré à l'hô-

Digitized by Google

pital Beaujon (1860) pour une autre affection et qui avait eu pendant la jeunesse des douleurs dans le pied gauche et de la claudication. Il était resté légèrement boiteux mais ne souffrait plus depuis longues années. Il n'avait pas de contracture, mais son pied était dévié en dehors et il n'était pas possible de lui imprimer de mouvement soit autour de son axe antéro-postérieur, soit autour de son axe vertical : les articulations calcanéo-astragalienne et médio-tarsienne paraissaient tout à fait soudées.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La marche de la tarsalgie est essentiellement chronique. Le début, comme nous l'avons dit, se fait d'une manière lente, à quelques exceptions près ; et encore ces exceptions sont-elles très-rares, puisque nous ne pouvons citer qu'un seul cas où elle ait débuté brusquement. Il se passe, en général, plusieurs semaines et plusieurs mois avant que la maladie ait atteint sa période d'état. Lorsque cette période est atteinte, les symptômes conservent encore la même forme chronique qu'ils avaient présentée dès le début ; jamais il n'existe de phénomènes d'une grande acuité. La déambulation et la station verticale, quoique difficiles, ne sont pas absolument impossibles ; la douleur est modérée, bien qu'elle puisse acquérir plus d'intensité à la suite de courses prolongées ou de fatigues excessives ; la contracture reste intermittente ainsi que la déviation du pied en dehors ; la pression ne provoque pas de douleur intolérable ; les mouvements ne sont tout à fait abolis que d'une façon passagère. Cette période d'état se déroule lentement comme la période de début, sans exacerbation bien prononcée, avec une constante uniformité. Ce que nous venons de

Digitized by Google

dire pour les deux premières périodes s'applique également à la dernière, à la période de déclin. La maladie s'éteint lentement, comme elle avait commencé; elle disparaît par une amélioration graduelle des symptômes qui l'avaient caractérisée durant ses périodes de début et d'état. En somme, la tarsalgie doit être rangée parmi les maladies chroniques.

La durée de l'arthralgie tarsienne est en général fort longue. Ce n'est que dans certains cas très-exceptionnels, alors qu'elle a été convenablement traitée dès son début, qu'elle peut être enrayée dans son évolution et guérir rapidement. Nous n'avons pas les éléments nécessaires pour établir même approximativement sa durée moyenne; d'ailleurs un pareil calcul ne saurait être d'une bien grande utilité. Savoir que la durée moyenne de la tarsalgie a été, par exemple, de six mois, ne peut pas servir à grand'chose. Quelles lumières, quel enseignement, ce nombre abstrait peut-il nous fournir dans un cas donné d'arthralgie tarsienne? Nous nous contenterons de dire que, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un cas bien confirmé, on doit s'attendre à une maladie longue, tenace, réfractaire aux moyens dont nous disposons et que ces moyens doivent être employés avec persévérance si l'on veut obtenir un bon résultat. Encore ce résultat, si on l'obtient, ne sera-t-il réalisé qu'au bout de plusieurs mois. Si la maladie est abandonnée à elle même, sa durée est encore bien plus longue; il n'y a pas de guérison véritable; mais, après plusieurs mois et quelquefois plusieurs années, il s'établit une sorte d'état de tolérance qui permet aux malades de marcher tant bien que mal, mais n'aboutit jamais à une guérison, dans le sens absolu du mot; la douleur guérit, mais la difformité et l'ankylose persistent.

La terminaison de l'arthralgie tarsienne a lieu de

Digitized by Google

deux manières différentes, par la guérison ou bien par la persistance de la déformation du pied et d'une légère boiterie. La guérison parfaite peut être obtenue chez les sujets qui viennent de bonne heure réclamer les soins du chirurgien. Sous l'influence du repos au lit et de l'appareil inamovible, nous avons vu nombre de fois tous les symptômes s'amender et disparaître définitivement. Plusieurs de nos malades ont été revus à une époque assez éloignée de leur sortie de l'hôpital, pour que l'on soit en droit de déclarer leur guérison complète et solide. En effet, non-seulement le valgus avait disparu ainsi que la contracture, mais encore, les malades avaient recouvré leurs mouvements de latéralité, soit spontanés, soit communiqués. Chez les autres sujets qui n'ont pas guéri, on a vu la douleur diminuer, la marche devenir moins pénible et même facile relativement. Mais il est resté une déviation du pied avec une contracture permanente et de la claudication. Les mouvements de latéralité sont demeurés impossibles, et il semblait s'être établi entre les surfaces articulaires du tarse une ankylose vraie ou fausse qui empêchait ces mouvements. C'était là cet état de tolérance que nous avons mentionné. Jamais nous n'avons vu l'arthralgie tarsienne donner lieu soit à des abcès, soit à des caries, soit à des tumeurs blanches. Nous ne prétendons pas que la lésion qui la constitue ne puisse aboutir à l'arthrite fongueuse; l'nne de nos observations et les deux cas observés dans le service de M. Verneuil à Lariboisière, tendent au contraire à établir que la tarsalgie peut aboutir à un véritable état fongueux des synoviales. Mais nous voulons exprimer que cette terminaison doit être très-rare, qu'elle est certainement exceptionnelle, et jusqu'ici il nous est impossible de citer un seul cas où cette terminaison ait été franchement observée.

Digitized by Google

PRONOSTIC.

Le pronostic de la tarsalgie n'est pas grave, soit pour le membre qui en est atteint, soit pour le malade lui-même. La vie ni le membre ne sont jamais sérieusement compromis. Il faut des circonstances exceptionnelles pour qu'il y ait lieu de faire une amputation. Il faut, par exemple, que la tarsalgie dégénère en tumeur blanche; ce qui, comme nous l'avons dit, n'arrive que très-rarement. Il faut qu'il y ait une erreur de diagnostic ou bien des douleurs intolérables, comme pour le cas dont la pièce a été réeemment présenté à la Société de chirurgie par M. Leroux (de Versailles). Néanmoins, ce pronostic, quoique peu grave, est généralement très-fâcheux. La maladie est longue et les sujets qui en sont atteints restent longtemps avant de pouvoir marcher sans claudicalion et sans douleur. Souvent ils sont obligés de renoncer à tout travail ou bien de changer de profession ; c'est ce qui est arrivé pour deux malades actuellement en traitement dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital de la Pitié. Ils étaient tous les deux tourneurs en cuivre ; l'un s'est fait cordonnier et l'autre s'est mis à travailler dans la parfumerie, après avoir tous les deux abandonné leur première profession à cause des douleurs qu'ils éprouvaient dans la station verticale, laquelle est indispensable pour exercer le métier de tourneur en cuivre. C'est à ce titre que la tarsalgie réclame tous nos soins et que ces soins doivent être administrés de bonne heure et avec persévérance. En outre, en admettant que le pronostic ne soit pas compromettant pour la vie, ni grave pour le membre, ni fâcheux pour les travaux du malade, il n'en reste pas

Digitized by Google

moins que la tarsalgie abandonnée à elle-même, n'aboutit pas à une véritable guérison, mais plutôt à un état de tolérance avec déformation et boiterie. Cette déformation et cette boiterie sont fort gênantes pour la rectitude de la marche et en même temps très-désagréables. En résumé, si le pronostic de la tarsalgie n'est pas grave d'une manière générale, il est toujours fâcheux.

DIAGNOSTIC.

Pour quelqu'un qui est expérimenté et au courant de la question, le diagnostic de la tarsalgie est en général très-facile. Un malade se présente, se plaignant de douleur, de gonflement, de déformation du côté du pied et boitant d'une manière plus ou moins prononcée. Nous constatons la déviation en dehors, la contracture des péroniers et des extenseurs des orteils, l'immobilité du pied dans le sens latéral. Nous apprenons qu'il exerce une profession qui l'oblige à garder la station verticale ou à faire des courses, qu'il a grandi depuis peu d'une manière notable, qu'il a eu une entorse ou des rhumatismes. Il n'y a pas pour nous l'ombre d'un doute. Nous diagnostiquons immédiatement une tarsalgie. Mais tous les cas ne sont pas aussi faciles, à beaucoup près, et le diagnostic de l'arthralgie tarsienne donne lieu à de fréquentes erreurs. Nous allons étudier les causes de ces erreurs, les circonstances dans lesquelles elles se produisent, en les rattachant à un petit nombre de cas aussi restreint que possible.

A. Certaines personnes, frappées de la saillie considérable qui existe souvent en avant et au-dessous de la malléole interne et qui est formée, comme nous l'avons

Digitized by Google

dit, par la tête de l'astragale et l'apophyse du scaphoïde, pensent à une exostose ou à une subluxation. Cette erreur est facile à éviter. Il suffit, en général, de bien interroger les antécédents du malade, de bien examiner la déformation, d'essayer de ramener le pied en dedans. Presque toujours, soit directement, soit à l'aide du chloroforme, on ramène le pied en varus et la saillie anormale disparaît pour se reproduire par les mouvements, par la marche, par la station verticale ou bien lorsqu'on abandonne le pied à lui-même. Dès lors, toute erreur est impossible : c'est bien d'un valgus et non d'une exostose ou d'une subluxation qu'il s'agit.

B. Bonnet rapporte, dans sa leçon clinique recueillie et publiée par M. Delore, que le valgus douloureux a quelquefois été pris pour une myélite. Nous comprenons difficilement une pareille erreur. Les troubles de la sensibilité et du mouvement siégeant dans les deux membres inférieurs, les douleurs dans la région vertébrale, les modifications dans l'acte de la défécation et dans l'excrétion de l'urine d'une part ; la déformation du pied, la douleur localisée produite par la marche ou par la pression en avant et au-dessous des malléoles, la contracture des muscles antérieurs et externes de la jambe, la gêne ou l'impossibilité des mouvements latéraux du pied, les antécédents, d'autre part, suffiront toujours pour nous faire éviter une telle confusion.

C. Une erreur plus facile à commettre et que nous comprenons aisément, est celle qui consiste à prendre un cas de tarsalgie pour une douleur rhumatismale, d'autant mieux que la tarsalgie reconnaît quelquefois pour cause le rhumatisme. Un malade se présente à vous, se plaignant de douleur dans le pied et de claudication. Vous examinez le membre avec toute l'atten-

Digitized by Google

tion possible, et vous ne découvrez aucune lésion appréciable. Vous croyez tout naturellement avoir affaire à une simulation ou à une douleur rhumatismale. Que faut-il faire en pareil cas pour arriver à la découverte de la vérité? Il faut imprimer au pied malade divers mouvements, des mouvements de flexion et d'extension, des mouvements de latéralité, etc. Il faut faire marcher le malade pendant une demi-heure, une heure. Par ces manœuvres et au bout de ce temps de marche, la déformation et la contraction caractérisques se produisent, les mouvements de latéralité deviennent impossibles. Toute difficulté de diagnostic a dès lors disparu; vous êtes en présence d'un valgus douloureux à sa période de début.

D. Il n'est pas facile de distinguer la tarsalgie de l'affaiblissement ou de la paralysie du long péronier latéral si bien décrits et découverts par M. Duchenne (de Boulogne). Néanmoins nous croyons que, d'une manière générale, ce diagnostic peut être fait. Ici nous distinguerons deux cas : ou bien la paralysie du long péronier est à sa période de début, ou bien elle est arrivée à sa période d'état et déjà compliquée de tarsalgie. 1° A sa première période, la paralysie du long péronier latéral est caractérisée par les phénomènes qui suivent. Ce muscle ne se contracte pas ou ne se contracte que faiblement sous l'influence de la faradisation : il ne peut abaisser la saillie sous-métatarsienne du gros orteil ou le talon antérieur, suivant le belle expression de M. Duchenne : le pouce, appliqué sur cette saillie, n'est repoussé que faiblement ou ne l'est pas du tout lorsque le malade essaye de contracter le long péronier : le pied est aplati par suite de la paralysie du long péronier et de la prédominance du jambier antérieur, muscle destructeur de la voûte plantaire

Digitized by Google

(Duchenne) : lorsqu'il ne repose pas sur le sol, l'avant-pied est relevé et entraîné en dedans ; il y a un varus de l'avant-pied; enfin le malade ne souffre et n'a de déviation en dehors qu'à la suite d'une longue marche ou d'une station verticale prolongée. A cette première période, la paralysie du long péronier latéral ne saurait être confondue avec la tarsalgie. Nous n'avons jamais vu de cas pareils, mais ils existent, d'après les observations de M. Duchenne. 2° A la seconde période, la paralysie du long péronier se complique de phénomènes analogues à ceux de la tarsalgie (déviation en dehors, douleurs, contractures du court péronier et de l'extenseur des orteils, immobilité du pied dans le sens lateral), et quelques-uns des phénomènes que nous avons notés à la première période ont disparu (le varus de l'avant-pied, lorsque le membre ne repose pas sur le sol, la saillie isolée du jambier antérieur). Mais il reste encore les signes énoncés précédemment, qui traduisent la faiblesse du long péronier latéral, il reste les durillons sous la première phalange du pouce, l'aplatissement de la voûte plantaire survenue sur un pied antérieurement bien conformé. De plus, le traitement par l'électricité rend au long péronier latéral sa force et sa contractilité ; il reforme la voûte plantaire, il fait disparaître les durillons situés sous la première phalange du pouce; ce qui ne saurait avoir lieu dans un cas de tarsalgie simple. Aussi nous croyons que, même à cette période, on peut différencier la paralysie du long péronier d'avec l'arthralgie tarsienne. Nous dirons néanmoins que ce diagnostic est quelquefois difficile pour les cas qui sont un peu douteux, et dernièrement, dans le service de M. Gosselin, nous avons vu M. Duchenne lui-même fort empêché de dire s'il avait

Digitized by Google

affaire à un cas de simple tarsalgie ou bien à une paralysie du long péronier.

TRAITEMENT.

Quel est le meilleur mode de traitement à opposer à l'arthralgie tarsienne? Nous allons exposer successivement les divers moyens qui ont été employés par les auteurs qui se sont occupés de la question, les discuter brièvement, et nous dirons ensuite quels sont, parmi ces moyens, ceux qui nous paraissent les plus convenables. — En 1838, M. Stromeyer, ayant à traiter des inflammations des articulations tarsiennes développées chez de jeunes apprentis dont les pieds étaient soit plats soit bien conformés, avait recours au repos et à l'appareil inamovible appliqué après le redressement du pied : il proscrivait les sections tendineuses. En 1841, Bonnet (de Lyon) pratiqua des deux côtés la ténotomie des péroniers latéraux sur une jeune fille atteinte d'un double valgus douloureux : cette section avait déjà été faite par Duval en 1839, mais pour un valgus ordinaire par rétraction des muscles. M. Jules Guérin, dans les trois cas qu'il a publiés en 1848, avait adopté la ténotomie des péroniers latéraux et y avait joint celle de l'extenseur commun et du péronier antérieur. Il avait coupé tous les muscles qu'il avait trouvés contracturés. Cette conduite est imitée en 1853 et en 1858 par Bonnet qui rejette néanmoins les sections tendineuses pour les cas légers et encore au début. De plus, Bonnet reconnaît que la ténotomie seule ne peut guérir tous les cas : il emploie l'appareil inamovible et fait intervenir un traitement médical variable suivant la cause et l'état général qui dominent les cas soumis à son obser-

Digitized by Google

vation. Il préconise les machines de mouvement destinées à assouplir les jointures après les sections tendineuses et ordonne, après l'amélioration ou la guérison, de porter des tuteurs qui doivent prévenir les récidives Enfin, M. Duchenne (de Boulogne), en 1856, introduit dans la thérapeutique du valgus douloureux, l'emploi de la faradisation comme méthode générale de traitement.

A. *Ténotomie.* — La ténotomie des péroniers latéraux était pratiquée par Bonnet immédiatement au-dessous de la malléole externe. Actuellement, lorsqu'on y a recours, on fait en général la section au-dessus de cette malléole : la petite plaie produite par l'opération est recouverte d'une légère couche de collodion et se cicatrise rapidement; il est rare qu'il survienne des complications sérieuses, bien qu'il s'en produise quelquefois. Nous n'avons rien de particulier à mentionner pour la section des tendons appartenant aux muscles de la région antérieure de la jambe. Introduite dans la science et dans la pratique par Bonnet, adoptée par M. Jules Guérin, la ténotomie fut bientôt la méthode générale de traitement du valgus douloureux. Jusqu'en ces derniers temps, on n'hésitait pas à la pratiquer pour tous les cas bien confirmés. Par bonheur, une réaction s'est faite contre cette méthode trop générale et nous espérons que cette réaction se continuera. Nous serions heureux si nous pouvions y contribuer pour une petite part, si légère fût-elle. Nous partageons pleinement, à ce sujet, la manière de voir de notre maître, M. Gosselin, qui ne pratique presque jamais la ténotomie pour l'arthralgie tarsienne, à quelque période qu'elle soit parvenue. Au début et au premier degré, elle est complétement inutile. En effet, elle n'a d'autre avantage que de permettre par la section des tendons de ramener le

Digitized by Google

pied dans sa direction normale : or, on peut arriver au même résultat par un moyen beaucoup plus doux et surtout tout à fait inoffensif. Un repos de quelques heures, de quelques jours au plus, suffit constamment. A la période d'état, et au second degré, la ténotomie peut être employée quelquefois, alors que le pied ramené en dedans à la faveur du sommeil anesthésique tend sans cesse à revenir en dehors et à reprendre sa position vicieuse par l'effet de la contracture musculaire. Mais ces faits sont tout à fait exceptionnels et rarement ou se verra dans la nécessité absolue de recourir à la section des tendons. M. Gosselin l'a pratiquée deux fois pour des cas pareils et il n'a pas eu à s'en louer beaucoup. Au 3e degré, lorsque le pied ne peut être ramené en varus malgré l'emploi des anesthésiques, nous proscrivons encore la ténotomie d'une manière générale. Ce qui retient le pied en dehors, c'est moins la résistance des muscles que les modifications survenues dans les surfaces articulaires et leurs moyens d'union. Alors il faut distinguer deux cas : ou bien la douleur persiste et on en vient beaucoup plus facilement à bout par le repos que par la ténotomie, ou bien la douleur a disparu, l'état de tolérance tend à s'établir, et il vaut mieux abandonner les choses à elles-mêmes que de recourir à une opération qui n'est pas toujours inoffensive et dont le résultat n'est rien moins que douteux.

B. *Appareils orthopédiques et tuteurs.* — Ces appareils, employés seuls, ne produisent aucune amélioration ; ils laissent le membre dans le même état où il se trouvait lors de leur première application. Mais ils peuvent être d'une grande utilité lorsque le mal a déjà été très-amélioré et presque guéri par le repos et l'appareil inamovible ; en outre, ils peuvent aider puissamment à

Digitized by Google

prévenir les récidives. Bonnet employait une espèce de bottine mécanique composée d'une forte semelle très-cambrée à laquelle s'attachaient deux montants en fer articulés au niveau du cou-de-pied, l'un en dedans, l'autre en dehors, et qui maintenaient solidement le pied dans ses rapports normaux avec la jambe. En même temps, une courroie large et solide, partant du bord interne de la semelle et rejoignant le montant externe, relevait, à la manière d'un hamac, le bord interne du pied et prévenait son abaissement. Ce que nous venons de dire pour ces appareils s'applique aux souliers spéciaux ayant une semelle beaucoup plus épaisse en dedans qu'en dehors ou garnie, à son côté interne, de clous à grosse tête qui en augmentent notablement l'épaisseur, de manière à faire porter le bord interne du pied beaucoup plus que le bord externe.

C. *Appareils de mouvement.* — Bonnet employait encore le massage, les mouvements communiqués et des machines de mouvement, qui étaient destinés à assouplir les jointures du tarse après les sections tendineuses, et à leur rendre leur jeu normal. Nous ne croyons à l'utilité de ces manœuvres que dans certains cas dont le nombre est probablement fort restreint. Du reste, nous ne pouvons guère en parler avec connaissance de cause, puisque nous n'avons jamais été témoin de leur emploi.

D. *Repos et appareils inamovibles.* — Le repos est certainement le meilleur mode de traitement à opposer à l'arthralgie tarsienne. Au début et dans les cas légers, un repos au lit de quinze jours, un mois, un mois et demi, peut à lui seul arrêter le développement ultérieur de la maladie ; c'est ce qui a eu lieu dans deux de nos obser-

Digitized by Google

vations. Néanmoins, le repos seul est en général insuffisant, surtout si la tarsalgie est bien confirmée; il faut alors recourir en outre à l'immobilité obtenue à l'aide de l'appareil inamovible. Employé par M. Stromeyer et par Bonnet, généralisé par M. Gosselin, l'appareil inamovible rend, tous les jours, entre les mains de ce dernier, des services incontestables. M. Gosselin emploie de préférence l'appareil plâtré qui a l'avantage de se dessécher rapidement et de maintenir d'emblée le pied dans la position normale qu'on lui a rendue après inhalations de chloroforme ou par le repos. Tantôt, il a recours à l'appareil roulé ordinaire fait avec des bandes de tarlatane, et qu'il renforce au besoin avec une bande dextrinée ou avec l'attelle de Dupuytren; tantôt, mais beaucoup plus rarement, il applique les attelles plâtrées imaginées par M. Maisonneuve, pour certaines fractures de jambe, et dont on trouvera la description succincte dans nos observations. Il est rare que M. Gosselin se contente d'un appareil dextriné qui a le tort fort grave, dans ce cas particulier, de demander vingt-quatre ou quarante-huit heures pour sa dessiccation. L'appareil inamovible est laissé en place un mois et demi ou deux mois, suivant la gravité des cas. Les malades restent couchés pendant la première moitié de ce temps et se lèvent avec leur appareil pendant la seconde. Les deux mois écoulés, on enlève l'appareil; on constate l'état du pied et on applique un second bandage plâtré, s'il en est besoin. Sous l'influence du repos et de l'immobilité, la douleur diminue rapidement, et quelquefois, dès le premier jour, elle est complétement éteinte. Souvent, lors de l'ablation de l'appareil, la maladie est jugée et la guérison bien établie.

E. *Moyens médicaux employés localement.* — Les vési-

Digitized by Google

catoires volants adoptés par Bonnet dans certains cas de tarsalgie rhumatismale, la cautérisation ponctuée faite avec le cautère actuel, les frictions avec des substances stimulantes et résolutives (baume opodeldoch, baume nerval, baume de Fioraventi, pommade iodurée, etc.), les frictions calmantes (baume tranquille simple ou laudanisé), trouvent quelquefois leur application et sont d'utiles adjuvants. Mais ils ne peuvent rien à eux seuls pour la guérison de l'arthralgie tarsienne; ils ont été employés isolément dans deux de nos observations, et jamais ils n'ont amené d'amélioration bien appréciable.

F. *Traitement général.* — Les antiscrofuleux et les toniques (huile de foie de morue, préparations iodées, amers, quinquina, fer), les antirhumatismaux (sudorifiques, poudre de Dower, bains de vapeurs, etc.), sont des moyens quelquefois d'une grande utilité. M. Matice, médecin à l'hôpital de la Pitié, nous a dit avoir guéri, à l'aide de ces moyens, un valgus douloureux avec imminence de tumeur blanche chez un sujet scrofuleux. Nous regrettons vivement de ne pouvoir rapporter cette observation fort intéressante.

A. *Electricité.* — La faradisation a été introduite dans la thérapeutique du valgus douloureux par M. Duchenne. Nous ne croyons pas qu'elle soit très-utile dans les cas de tarsalgie essentielle et primitive, comme ceux que relatent nos observations. A la vérité, nous ne l'avons jamais employée; mais M. Duchenne, qui en a fait un grand usage, nous a avoué qu'il n'en avait obtenu aucun résultat bien satisfaisant. La faradisation ne guérit pas la tarsalgie primitive. Il n'en est pas de même de celle qui succède à la paralysie du long péronier la-

Digitized by Google

téral et qui se caractérise par l'affaissement de la voûte plantaire. Sous l'influence de l'électricité et d'un peu de repos, on voit le long péronier reprendre sa force et abaisser énergiquement la saillie sous-métatarsienne ; la voûte plantaire se reforme, les durillons anormaux disparaissent et les douleurs cessent rapidement. C'est du moins ce qui résulte des travaux et des observations de M. Duchenne. Quant à nous, nous n'avons aucune expérience ni aucun fait personnel à cet égard.

En résumé, voici comment nous comprenons le traitement de la tarsalgie à ses diverses périodes et à ses divers degrés :

1° Dans certains cas, on peut faire un traitement préventif. Ainsi, par exemple, un sujet lymphatique ou un peu strumeux reçoit une forte contusion du pied ou prend une entorse ; il est à craindre que, s'il continue à marcher avant sa guérison complète, il ne se développe chez lui une arthralgie tarsienne. Alors, il est bon de le tenir au repos simple ou aidé de l'appareil inamovible, jusqu'à ce que les phénomènes de l'entorse aient complétement disparu. Nous en dirons autant pour un sujet atteint de la diathèse rhumatismale.

2° Dans les cas légers et au début, nous prescrirons le repos au lit pendant quinze jours, un mois, un mois et demi ; nous y ajouterons, s'il en est besoin, l'emploi de l'appareil inamovible conservé pendant un mois.

3° Pour les cas bien confirmés, au premier et au deuxième degrés, nous prescrivons le repos au lit et nous appliquons l'appareil plâtré pendant un mois et demi ou deux mois ; puis, au bout de ce temps, si l'amélioration est suffisante et la guérison assez avancée, nous abandonnons le repos et l'appareil, en ordonnant au malade de porter une bottine mécanique analogue à celle que nous avons décrite, surtout si nous avons à redouter

Digitized by Google

une recidive; en même temps, nous lui défendons les longues courses et la station verticale trop longtemps prolongée.

4° Au troisième degré, nous établissons deux catégories de malades : chez les uns, la douleur persiste, et nous la faisons cesser au moyen du repos et de l'appareil inamovible; chez les autres, elle a disparu ou bien elle est très-légère, l'état de tolérance tend à s'établir; nous nous abstenons alors de tout traitement, nous contentant de prescrire un peu de repos ou un appareil destiné à immobiliser le pied autant que possible, tout en permettant la marche.

5° Si le sujet est strumeux ou rhumatisant, nous avons grande confiance dans l'emploi des moyens généraux que nous avons indiqués tout à l'heure; il est bien entendu qu'ils ne seront que les adjuvants du repos et de l'appareil inamovible.

6° Dans les cas de tarsalgie consécutive à une paralysie ou à un affaiblissement du long péronier latéral, nous emploierons avec confiance la faradisation, à l'exemple de M. Duchenne.

7° Enfin nous proscrirons, d'une manière générale, les sections tendineuses, ne les conservant que pour les cas exceptionnels dont nous avons parlé à l'article *Ténotomie*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — DISCUSSION.

Jusqu'en ces derniers temps, l'anatomie pathologique de la tarsalgie était tout à fait inconnue; la maladie n'étant pas assez grave pour amener l'amputation ou pour déterminer la mort, on n'avait pas eu l'occasion d'examiner sur le cadavre les lésions qui la caractérisent. Néanmoins ces lésions avaient été entrevues ou

Digitized by Google

plutôt devinées. M. Stromeyer (1838) parle très-explicitement d'altérations de nature inflammatoire qui doivent exister chez les sujets atteints d'arthralgie tarsienne ; il prononce très-formellement le mot d'*arthrite*, et soupçonne un fluide séreux épanché, par le fait de la phlegmasie, entre les os et dans les synoviales du tarse. Bonnet (de Lyon) adopte aussi cette idée dans son *Traité de thérapeutique des maladies articulaires* et dans sa *Leçon clinique*, publiée par M. Delore; il mentionne catégoriquement les altérations articulaires qu'il n'a point vues, mais qui, dans sa pensée, existent certainement. Dès 1861, M. Gosselin avait aussi admis l'existence d'une maladie articulaire, et il avait appelé le valgus douloureux du nom d'*arthralgie calcanéo-astragalienne*. Mais ce n'est que cette année, dans le cours de la dernière épidémie de choléra, que les lésions de la tarsalgie ont pu être examinées sur le cadavre. Nous résumerons les lésions que l'autopsie nous a permis de constater et qui sont relatées *in extenso* dans notre observation dernière. Nous ajouterons à ce résumé des lésions visibles à l'œil nu une note très-intéressante qui nous a été fournie par notre ami le Dr Ranvier touchant les altérations microscopiques.

A. *Lésions visibles à l'œil nu.* — Elles portent sur les muscles, sur les synoviales, sur les cartilages et sur les os.

1° *Muscles.* Les lésions musculaires sont peu prononcées. Les muscles du côté malade sont aussi rouges, aussi volumineux que ceux du côté sain, mais quelques-uns ont diminué de longueur ; le jambier antérieur et l'extenseur commun des orteils ont 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de moins que ceux du côté opposé.

Digitized by Google

Nous avons négligé de les soumettre à l'examen microscopique pour savoir s'il n'y avait pas un commencement de dégénérescence fibro-graisseuse; néanmoins nous regrettons peu cette négligence : l'aspect de ces muscles était trop semblable à celui des muscles du côté sain pour qu'il pût y avoir de profondes altérations que nous aurait révélées le microscope.

2° *Synoviales.* Elles étaient peu malades et se faisaient remarquer surtout par une grande sécheresse; en les raclant avec le dos du scalpel, il était impossible d'en détacher la moindre goutte de synovie, contrairement à ce qui avait lieu pour les jointures du côté sain, où la synovie était très-abondante et pouvait être ramenée sous forme de longs filaments. En outre de cette sécheresse vraiment remarquable, nous indiquerons une vascularisation peu étendue au niveau du ligament interosseux calcanéo-astragalien. Les ligaments ne présentaient rien de particulier, ni laxité anormale, ni raccourcissement appréciable.

3° *Cartilages.* Les lésions les plus considérables portaient sur les cartilages. Ils étaient généralement amincis, surtout sur la tête de l'astragale, sur la facette correspondante du scaphoïde, sur la poulie astragalienne et sur la facette cuboïdienne du calcanéum. Par suite de cet amincissement, ils avaient perdu la teinte d'un blanc mat qu'ils ont à l'état normal; ils avaient presque partout une teinte violacée ou bleuâtre, due au tissu osseux sous-jacent; par places, ils étaient ulcérés, notamment sur la tête de l'astragale, sur la poulie du même os et sur la facette cuboïdienne du calcanéum; en plusieurs de ces points, la couche cartilagineuse avait totalement disparu avec la lamelle sous-cartilagi-

Digitized by Google

neuse, dont il était impossible de retrouver la moindre trace. Sur les limites de ces pertes de substance intéressant toute son épaisseur, le cartilage était inégal, dépoli, irrégulier; à la vue et au toucher, on distinguait de petites saillies et de petites dépressions caractéristiques de l'état velvétique. Nulle part nous n'avons rencontré ni corps étrangers, ni gouttes cireuses, comme on en voit si fréquemment dans les arthrites sèches, surtout dans le *morbus coxæ senilis*.

4° Les os étaient également altérés. Une section verticale faite dans le sens antéro-postérieur sur l'astragale et sur le calcanéum démontrait une forte injection du tissu osseux siégeant au niveau des ulcérations et érosions du cartilage et s'étendant à une profondeur de plus de 1 centimètre. Du reste, l'os était sain partout ailleurs. Nous mentionnerons néanmoins une forte saillie osseuse au-dessus de la tête de l'astragale ayant presque 1 centimètre de hauteur sur son milieu, et diminuant rapidement des deux côtés en dedans et en dehors. Cette saillie existait également sur l'astragale du côté opposé, qui n'était pas malade cliniquement, mais qui présentait, à un degré moindre, les mêmes altérations que nous avons déjà notées sur l'astragale du côté malade; elle était formée de tissu spongieux très-vasculaire. Nous ne l'avons jamais remarquée sur d'autres astragales, bien que nous en ayons examiné un certain nombre. Nous croyons son origine liée à la maladie actuelle, et nous la comparons volontiers aux stalactites qui se développent si facilement au voisinage des arthrites sèches.

En terminant, nous ferons remarquer que ces lésions sont tout à fait les mêmes que celles qu'on a constatées dans le pied varus équin présenté récemment à la Société de chirurgie par M. Dolbeau au nom de M. Legoux, de Versailles.

Digitized by Google

B. *Lésions visibles à l'examen microscopiques* (Communication de M. Ranvier.) — Comme tous les cartilages du pied ne sont pas malades, et même qu'un cartilage n'est pas également affecté dans tous ses points, on peut, à l'aide du microscope, suivre l'évolution de l'altération, depuis son début jusqu'à sa période la plus avancée. Dans les parties saines des cartilages, les capsules superficielles sont fusiformes et ont leur grand axe parallèle à la surface articulaire. L'altération commence par une modification de ces capsules : elles deviennent globuleuses, et, au lieu de contenir une seule cellule, comme on l'observe à l'état normal, elles renferment plusieurs éléments cellulaires. Ces éléments cellulaires continuent de se multiplier jusqu'à ce que la capsule primitive, distendue, finisse par s'ouvrir sur la face libre du cartilage, et déverse son contenu dans la cavité articulaire. Pendant que ces modifications surviennent dans les capsules, la substance fondamentale qui les sépare subit la segmentation; et celle-ci est plus ou moins complète suivant les points qu'on examine. La disparition du cartilage s'explique par la chute successive de ses éléments cellulaires; car, lorsque ces éléments ont disparu, la substance fondamentale privée de ses moyens de nutrition ne tarde pas à disparaître à son tour.

« L'altération qui vient d'être décrite ne diffère pas histologiquement de celle qu'on observe dans les arthrites traumatiques et rhumatismales. Elle ne diffère pas non plus des modifications secondaires qui surviennent dans les cartilages des tumeurs blanches, à la suite d'une ou de plusieurs poussées inflammatoires. »

En présence des lésions anatomiques que nous venons de décrire, en présence des observations que nous rapportons à la fin de notre thèse, et qui toutes sont le

Digitized by Google

résultat d'un examen clinique attentif; enfin, en tenant compte de la description que nous venons de donner de la maladie, il était impossible de ne pas ranger le valgus douloureux non plus parmi les difformités, à côté des autres pieds bots, mais bien parmi les inflammations, à côté des arthrites sèches, d'origine traumatique ou rhumatismale. C'est ce qu'avait fait M. Gosselin, et nous nous étions rangé immédiatement à cette opinion qui n'est pas absolument neuve, puisqu'on en trouve le germe dans M. Stromeyer et dans Bonnet, mais qu'il est bon de répandre et de vulgariser dans le monde médical. Nous pensions que cette manière de voir serait universellement adoptée à cause de l'état des faits et du témoignage éclatant de l'anatomie pathologique. Nos prévisions étaient justes en ce qui touche la généralité des chirurgiens; mais elles cessaient de l'être relativement à quelques-uns en particulier, et notamment à M. Jules Guérin. M. Jules Guérin a introduit dans la science la dénomination de *valgus pied plat douloureux;* il a établi que ce valgus est un valgus ordinaire, par rétraction des muscles, auquel s'ajoute un nouvel élément, la douleur : en vertu des lois de la philosophie médicale, ce valgus doit être placé à côté des autres pieds bots. Aussi, lorsque M. Gosselin a fait, à l'Académie de médecine, la présentation et le discours qui détruisent l'édifice construit par M. Guérin, celui-ci s'est hâté de prendre la parole pour repousser ces idées contraires à sa doctrine et tellement en opposition avec ses principes de philosophie médicale. Voici à peu près le résumé de son argumentation. Le valgus douloureux est et reste une difformité : ce qui domine dans cette maladie, ce n'est pas la douleur, ce ne sont pas les lésions articulaires; ce sont la déviation du pied et la rétraction des muscles; peu importe qu'elles dérivent d'une exci-

Digitized by Google

tation cérébro-spinale directe ou d'une action réflexe. En conséquence, nous devons conserver l'ancienne dénomination de *valgus pied plat douloureux*, et rejeter celles de tarsalgie et d'arthralgie tarsienne. La douleur n'ouvre pas la scène morbide : ce qui précède, c'est un glissement anormal, une subluxation des os du tarse, un aplatissement de tout le pied; c'est là ce qui engendre la douleur. Quant aux lésions articulaires, elles sont le résultat de la subluxation; ce qui le prouve, c'est que ces lésions sont circonscrites par des lignes trop régulières, mathématiques; c'est qu'elles existent au niveau des points qui ne sont plus dans leurs rapports normaux avec les points correspondants des os voisins. D'ailleurs, ces lésions ne sont pas de nature inflammatoire. Le mot inflammation comprend trop de choses et de choses mal définies; il ne désigne pas une modification assez précise de l'état physiologique, et il est à désirer que de nouveaux progrès réalisés dans l'étude des phénomènes intimes qui s'accomplissent au sein de nos tissus, le fassent disparaître du vocabulaire médical, et lui substituent une appellation plus en harmonie avec ces phénomènes. Comme conséquence thérapeutique, il ne faut pas avoir recours à l'immobilité comme méthode générale de traitement, mais bien à la ténotomie.

Nous répondrons brièvement, et avec autant de clarté que possible, à l'argumentation de M. Guérin. D'autres ont répondu avant nous, notamment M. Gosselin, et c'est sa réponse en pleine Académie qui nous fournira les principaux éléments de notre réfutation. Et d'abord il est évident, d'après la description que nous avons donnée, et d'après l'étude anatomique faite par M. Ranvier, que les lésions en question sont de nature inflammatoire. Peu importent ici la signification et l'étendue du mot inflammation; peu importe aussi la nature in-

Digitized by Google

time du phénomène morbide qu'il sert à désigner. Il suffit que nos lésions soient identiques à celles que l'on assigne à l'inflammation, pour que nous soyons autorisé à les ranger parmi les lésions de nature inflammatoire. D'ailleurs, ce mot d'inflammation n'est pas aussi mauvais que veut bien le dire M. Guérin ; il nous semble qu'il représente à notre esprit un ensemble de phénomènes bien groupés, bien dénommés, et il est dans la science beaucoup de noms qui sont loin d'être aussi bien trouvés, par exemple celui de valgus pied plat douloureux. En second lieu, ces lésions de nature inflammatoire ne sont pas le résultat d'une subluxation. En effet, dans le cas où elles ont été observées, il n'y avait pas de subluxation, le valgus était peu prononcé, et, lorsque nous avons fait l'autopsie, nous n'avons eu à signaler aucun déplacement anormal : les os du tarse n'avaient même pas atteint la limite de leurs déplacements physiologiques. D'ailleurs, en admettant que le déplacement existât, il serait insuffisant à expliquer les lésions, attendu qu'elles ne sont pas aussi bien limitées par des lignes droites que le dit M. Guérin, et le déplacement ne s'étendait certainement pas à tout le diamètre oblique externe de la tête de l'astragale. Ces lésions ne sont pas non plus le résultat de l'immobilité, puisqu'elles existent sur un pied qui pouvait se mouvoir jusqu'à un certain point dans l'appareil, et aussi sur le pied gauche, qui, cliniquement, n'était pas malade.

Le glissement anormal des os du tarse et l'aplatissement du pied ne sont pas les phénomènes du début : l'observation clinique démontre que la douleur et le gonflement priment tous les autres phénomènes, que l'aplatissement du pied manque très-souvent, que la contracture musculaire vient après la douleur et que

Digitized by Google

plus tard seulement surviennent la déviation du pied et la roideur des jointures tarsiennes. Puisque les lésions observées sont de nature inflammatoire et ne peuvent s'expliquer, ni par une subluxation, ni par l'immobilité, puisqu'elles se rencontrent presque à leur début sur le pied droit qui n'avait jamais souffert et ne présentait rien d'anormal; puisque d'ailleurs, la douleur et le gonflement précédent tous les autres phénomènes et ne sauraient être expliqués autrement que par ces lésions, il est rationnel de les considérer comme le fait initial et capital de la maladie, comme l'origine de tout le processus morbide qui la constitue.

Cette première série de raisonnements étant bien établie, tout l'édifice de M. Guérin s'écroule avec le reste de son argumentation. Nous invoquerons ici la philosophie médicale à laquelle M. Guérin a fait lui-même appel. Notre philosophie est beaucoup moins élevée que la sienne, et nous ne nous en plaignons pas; nous sommes plus terre à terre et partant plus rapproché des faits qui sont loin d'être toujours aussi compliqués que certains théoriciens transcendants veulent bien le dire pour se donner du mérite et une apparence de profondeur. En pathologie générale, on a l'habitude de dénommer et de classer les maladies d'après leur nature, cette nature étant établie autant que possible d'après les idées actuellement régnantes et qui sont considérées tantôt comme des vérités acquises, tantôt comme de pures hypothèses suffisantes en attendant qu'on trouve mieux. Conformément à cet usage, nous devons ranger la maladie qui nous occupe, non pas parmi les difformités; puisqu'elle n'en est pas une, mais bien parmi les phlegmasies, puisqu'elle présente les altérations de l'arthrite sèche. Conformément encore à cet usage, nous devons bannir le mot de valgus pied plat douloureux qui est

Digitized by Google

fautif pour une foule de raisons et prendre ceux de tarsalgie et d'arthralgie tarsienne qui sont beaucoup plus en rapport avec la nature des lésions observées. Enfin, nous conclurons de notre dissertation que la ténotomie très-bonne pour les pieds bots en général doit être proscrite pour la tarsalgie que l'on traitera bien plus avantageusement par le repos et l'immobilité, ainsi qu'on fait pour les autres lésions articulaires de même nature.

Nous n'avons rien de particulier à dire sur le discours de M. Bouvier. Nous entrons entièrement dans ses idées, malgré les mécomptes académiques, que M. Guérin a le regret de lui avoir causés. Nous croyons que, dans la pratique, pour être toujours d'accord avec les faits, il faut admettre plusieurs cas. Tantôt ce sont la douleur, le gonflement et la claudication qui commencent la maladie et entraînent la contracture et le valgus; alors, on a affaire à une tarsalgie primitive; c'est celle que nous avons décrite. Tantôt ces phénomènes, douleur et déviation, se produisent en même temps ou peu s'en faut; alors, on ne sait pas quel est leur rapport de causalité et on ignore si la tarsalgie est primitive ou consécutive. Ailleurs, la douleur survient sur un pied plat ou sur un pied dévié; c'est, si l'on veut, un cas de tarsalgie consécutive. Enfin, dans certaines circonstances, la douleur apparaît chez un sujet dont le long péronier latéral est paralysé ou contracturé; ces cas doivent être très-rares, puisque nous n'en avons jamais vu et qu'il est difficile de comprendre la paralysie du long péronier existant en même temps que la contracture des autres muscles animés par le nerf poplité externe chez des sujets qui n'ont pas eu de convulsions, qui ne sont ni cholériques, ni hystériques; mais ils existent d'après les observations de M. Duchenne. Dans ces cas, nous avons encore une tarsalgie consécutive.

LANE LIBRARY

Digitized by Google

Nous avons entendu dire que M. Nélaton, dans une clinique récente, a vu dans le valgus douloureux une névrose analogue à la crampe des écrivains. Nous ne connaissons pas les raisons à l'aide desquelles ce savant chirurgien étaie son opinion. Mais il nous semble que le valgus, dans lequel on constate à la pression une douleur articulaire et une indolence absolue des muscles contracturés, ne saurait être assimilé à la crampe des écrivains dans laquelle il n'y a point de douleur au niveau des articulations et qui s'accompagne de douleurs déchirantes dans les muscles qui sont pris de contracture.

Digitized by Google

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

Le ..... (Euphrosine), 34 ans, domestique, née à Hannapes (Aisne), fille, entrée le 11 mars 1861 à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, service de M. Gosselin.

Cette femme, qui paraît d'une constitution assez robuste, n'a jamais été malade; elle n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. Il n'y a pas d'apparence qu'elle ait jamais été sous l'influence d'une diathèse scrofuleuse. Elle a été réglée vers l'âge de 12 ans : ses règles ont toujours été très-régulières. Son père et sa mère sont morts, et, suivant elle, n'auraient jamais eu de rhumatismes. Elle a deux frères et une sœur qui ont toujours joui d'une parfaite santé.

Il y a environ cinq mois, vers le mois d'octobre, en marchant, elle se cogna dans la rue, la face interne du pied gauche contre un caillou : aussitôt elle ressentit une douleur et fut atteinte d'une claudication qui ne l'empêchèrent point de vaquer à ses travaux; elle ne se soigna même en aucune façon pendant quinze jours. Au bout de ce temps, un médecin de Rueil, où elle était alors, M. Clairon, fut appelé; il lui mit un bandage roulé sur la jambe, et lui ordonna des frictions avec une pommade dont la malade ne peut nous indiquer la composition. Ce traitement fut suivi pendant quinze jours, pendant lesquels la malade continua à marcher et à faire la plus grande partie de son ouvrage, toujours en boitant. Au bout de ce temps, elle se trouva soulagée, et le gonflement diminua. Puis elle resta trois mois et demi sans suivre aucun traitement. Il y a un mois, elle revint à Paris et alla consulter le docteur Taillefer, qui lui prescrivit un liniment (avec esprit de baies de genièvre, 60 gr.; eau de mélisse, 60 gr.; baume de Fioraventi, 60 gr.; laudanum de Sydenham, 8 gr.), et fit tenir la jambe modérément serrée continuellement pendant quatorze jours, en ne lui permettant de se lever que pour aller à la garde-robe. Il y eut d'abord du soulagement, mais d'une façon momentanée. Au bout de quinze jours environ, la malade voulut reprendre ses occupations, mais elle ne

Digitized by Google

tarda pas à boiter comme auparavant et à souffrir en marchant. A la fin de la journée, la fatigue empêchait la malade de marcher, et les douleurs étaient plus fortes le soir.

État actuel. Aujourd'hui 12 mars, le pied est à peine gonflé; à s'en tenir à la simple inspection, on le croirait bien peu malade. La douleur, à peu près nulle au lit, ne se manifeste que pendant la marche; il existe un peu de douleur à la pression vers la partie interne du pied. Les mouvements de latéralité qu'on cherche à imprimer et qui, normalement, se passent en très-grande partie dans l'articulation calcanéo-astragalienne, sont presque nuls. Lorsqu'on veut imprimer un mouvement de latéralité, on sent se contracter les péroniers qui, à l'état normal, sont relâchés. Les mouvements d'extension et de flexion sont conservés.

Lorsque la malade marche, la claudication est très-prononcée, beaucoup plus que ne semblerait l'indiquer l'état du pied. Il y a une légère tension des péroniers, et encore, par moments, est-elle contestable. En un mot, elle ressemble aux malades du même genre que nous verrons bientôt : 1° par la claudication et la douleur en marchant; 2° par la suppression des mouvements de latéralité, ou mieux de rotation autour de l'axe antéro-postérieur du pied. Mais elle en diffère par l'absence ou le degré à peine prononcé du valgus et de la contracture, tant des péroniers que de l'extenseur commun.

15 mars. On applique un bandage plâtré, après avoir endormi la malade à l'aide du chloroforme. Pendant le sommeil, on imprime au pied des mouvements d'adduction et d'abduction plus étendus que les jours précédents, mais moins considérables que les mouvements de l'autre pied. Il y a toujours de la résistance.

15 mai. On retire l'appareil, la malade n'ayant éprouvé aucune douleur depuis son application. Le 16, on trouve encore un peu de résistance aux mouvements de latéralité, peut-être à cause de la roideur produite par l'immobilité. Défense de se lever.

15 juin. La malade marche encore avec peine; les mouvements de latéralité sont plus marqués et indolents quand on les communique. Elle demande à revenir à Rueil. Exeat.

OBSERVATION II.

A..... (Hippolyte), 17 ans, garçon épicier. blond, d'un tempérament lymphatique, quitte la campagne il y a neuf mois, pour venir à Paris, où il est soumis à un travail fatigant.

Digitized by Google

Jusqu'alors il s'était bien porté; mais, depuis trois mois, il s'est aperçu que, quand il marche, le pied gauche lui fait mal; au repos il ne souffre pas. Il a remarqué aussi que, lorsqu'il est fatigué, son pied se dévie en dehors, de façon à appuyer sur le sol par son bord interne. Aujourd'hui, 5 avril 1861, il entre à l'hôpital Beaujon, service de M. Gosselin. On constate que le pied est dévié en dehors, dans l'attitude du valgus; le malade accuse une douleur au niveau du calcanéum, en avant et au-dessous de la malléole interne. Cette douleur augmente à la pression. Les tendons des péroniers latéraux sont contractés, mais faiblement, et se laissent facilement déprimer. Les mouvements de latéralité que l'on imprime au pied sont très-bornés et douloureux. Si, pendant quelque temps, on fait exécuter des mouvements au pied, les péroniers se contractent et ne cèdent que difficilement au doigt qui les presse. Il en est de même après une marche de quelques instants, marche qui, du reste, s'accompagne d'une certaine claudication. Interrogé à diverses reprises, le malade déclare qu'il ne s'est jamais donné d'entorse, et que son mal est survenu spontanément.

Il a seulement remarqué qu'il grandit beaucoup depuis un an, c'est-à-dire depuis que ses occupations l'obligent à rester debout depuis six ou sept heures du matin jusqu'à onze heures du soir, et aussi à faire des courses.

7 avril. Le malade ayant gardé le repos pendant la journée d'hier, les mouvements de latéralité sont aujourd'hui beaucoup plus étendus; mais il y a toujours un valgus très-prononcé; pas de contracture des péroniers.

8-10. Les péroniers continuent à n'être pas contracturés, et le pied peut être porté en dedans, grâce au repos gardé par le malade. Celui-ci n'est pas endormi, on applique un appareil plâtré, en ayant soin de garder le pied en dedans jusqu'à dessiccation.

21 juin. L'appareil a été enlevé le 21 juin, c'est-à-dire deux mois et demi après son application. Le pied a conservé un peu de valgus, mais les mouvements de latéralité ont reparu et sont presque aussi étendus qu'à l'autre pied.

Les mouvements imprimés ne sont pas douloureux, mais le malade se plaint de souffrir en marchant.

26. Il y a toujours un peu de valgus; les mouvements de latéralité persistent et sont indolents; mais la marche est toujours un peu douloureuse; le malade nous dit cependant qu'il souffre beau-

Digitized by Google

coup moins qu'avant l'application de l'appareil plâtré. Frictions avec le baume opodeldoch. Bain sulfureux tous les deux jours.

30 juillet. L'amélioration a augmenté chaque jour; le malade marche sans boiter et sans souffrir; il a ses mouvements de latéralité et ne conserve de sa maladie qu'un peu de valgus. Il lui est recommandé de marcher modérément, et on le laisse partir pour son pays.

8 octobre. A..... est revenu nous voir aujourd'hui; depuis un mois il a repris son état d'épicier, il continue à marcher sans souffrir et sans boiter. Il conserve encore un peu de valgus, mais ses mouvements de latéralité, de flexion et d'extension sont très-étendus.

16. A..... est revenu le 16 décembre 1863. Il a toujours le pied plat, et de temps en temps quelques douleurs, mais passagères. Il croit que c'est sous l'influence du froid, et n'a jamais été obligé de s'arrêter.

En ce moment, tous les mouvements sont libres; aucune contracture, seulement un peu de valgus.

OBSERVATION III.

L..... (Jules), 18 ans, tempérament lymphatique, sans maladie antérieure, entré à l'hôpital Beaujon le 30 mai 1861 pour une brûlure du pied gauche.

31 mai. A la visite, on s'aperçoit, en examinant le malade, que son pied droit, dont il ne se plaint pas, est dévié en dehors, en valgus.

Le bord externe du pied est rapproché de la malléole correspondante, tandis que le bord interne est abaissé et dejeté en dehors. Légère tuméfaction au niveau de la malléole interne; pas de pied plat. Si l'on saisit la partie inférieure de la jambe, et qu'on la secoue fortement, on ne peut imprimer au pied le moindre mouvement de latéralité.

On ne réussit pas mieux en essayant d'imprimer les mouvements d'une main, tandis que l'autre tient fixée la partie inférieure de la jambe; les mouvements d'extension et de flexion sont conservés. Pendant toutes ces tentatives, le malade n'éprouve qu'une douleur très-modérée; les péroniers ne sont pas contractés, ils ne sont même pas tendus. Interrogé sur la question de savoir si la confor-

Digitized by Google

mation du pied droit n'est pas congénitale, il ne donne que des renseignements assez vagues. Toutefois la gêne de la marche paraît bien ne dater que de cinq ans; le malade nous dit que depuis cette époque son pied lui fait mal, mais très-légèrement. Alors il habitait la campagne, où il était soumis à de rudes travaux; il ne se rappelle pas s'être donné d'entorse ni avoir reçu de coup; tout ce qu'il peut nous dire, c'est qu'alors il grandissait beaucoup. Il est venu à Paris il y a deux ans, où il fut encore soumis à un travail fatigant; il reste debout une grande partie de la journée (garçon boulanger). Depuis son arrivée à Paris, il n'a remarqué aucun changement du côté de son pied. D'habitude il ne souffre pas, il ne boite pas, si ce n'est quelquefois le soir lorsqu'il a pendant la journée travaillé plus que de coutume. Ce malade n'a donc ressenti que très-peu de gêne de son valgus, si peu que jusqu'ici il ne s'en est pas préoccupé, et qu'il n'a consulté personne, bien que, d'après ses renseignements, la maladie date de cinq ans : c'est le hasard seul qui nous a fait découvrir la déviation du pied. Il nous a dit cependant que depuis un mois il a été un peu plus gêné, mais peut-être était-ce à cause de sa brûlure du pied gauche.

4 juin. Le malade a été endormi avec le chloroforme jusqu'à résolution complète, mais on n'a pas pu rendre au pied ses mouvements de latéralité.

Le 14. Ce malade, ayant guéri de sa brûlure, n'a pas voulu être traité de son valgus. On n'insiste pas beaucoup pour le faire rester, l'ancienneté de la lésion faisant craindre qu'on ne parvienne pas à le guérir. — Exeat.

OBSERVATION IV.

F..... (Jean), domestique, âgé de 17 ans, d'une bonne constitution, blond, d'un tempérament peut-être lymphatique, mais assez vigoureux, entré dans le service (Beaujon) le 10 janvier 1861. Pas de maladies antérieures. Dans le courant du mois de juin 1860, il eut une entorse du pied droit, qui fut traitée par M. Gosselin et guérit rapidement. Le malade put reprendre bientôt ses travaux habituels de domestique. Tous les jours, entre autres occupations, il était obligé de cirer les appartements; dans ce travail, le pied droit faisait aller la brosse, tandis que le gauche supportait tout le poids du corps. Peut-être sous l'influence de cet excès de travail imposé au pied gauche et aussi par suite d'un accroissement rapide

Digitized by Google

(le malade a beaucoup grandi dans ces derniers temps), une douleur s'est déclarée dans le pied gauche depuis environ six mois.

Elle n'a pas été assez forte pour arrêter le malade; elle était nulle le matin, mais se prononçait davantage et faisait beaucoup boiter dans la soirée; l'accroissement continuel de cette souffrance l'oblige à entrer à l'hôpital, et l'on constate les phénomènes suivants : le pied gauche est dans un état d'abduction forcée; le bord externe est notablement plus élevé que dans l'état normal, et, pendant la marche, c'est le bord interne qui porte sur le sol.

Il est constant que cette déformation n'est pas congénitale, mais date de quelque temps seulement. La face plantaire ne présente rien à noter : elle n'est pas plus excavée qu'à l'ordinaire ni plus plate; peut-être le diamètre transverse du pied au niveau des têtes des métatarsiens est-il un peu diminué.

Le long péronier latéral est contracté et son tendon forme sous la peau, au-dessus de la malléole externe, une saillie très-prononcée; le court péronier n'est pas contracté habituellement; on ne le sent tendu que de temps en temps dans sa portion horizontale, tandis que la tension du long péronier au-dessus de la malléole est permanente.

On observe aussi un peu de contracture habituelle dans l'extenseur commun des orteils; les mouvements d'extension et de flexion du pied sont intacts : il n'en est pas de même des mouvements d'adduction et d'abduction ni du mouvement de rotation que le malade n'exécute pas lui-même, et qu'il est totalement impossible de produire avec les mains. Si l'on fixe la jambe avec une main et qu'on s'efforce avec l'autre de produire ces divers mouvements, on éprouve une résistance invincible.

14 janvier. Le malade est soumis aux inhalations du chloroforme.

Aussitôt que le sommeil anesthésique commence, M. Gosselin essaye de porter le pied dans l'adduction; il y réussit parfaitement, mais bientôt arrive une contraction violente qui replace le pied dans sa position première. On fait respirer le chloroforme une ou deux fois encore, et M. Gosselin recommence la manœuvre précédente; il réussit comme la première fois, mais, comme la première fois, il est obligé de céder devant une contraction violente des muscles péroniers et extenseur commun. De nouvelles inhalations de chloroforme font tomber le malade dans un état de résolution complète; tous les tendons des muscles contracturés s'affaissent; le pied

Digitized by Google

est porté en varus et maintenu dans cette position à l'aide d'un bandage plâtré.

Le 17. Application de l'attelle de Dupuytren pour porter le pied en dedans et favoriser l'action du bandage plâtré : le malade doit constamment garder le lit.

1er février. L'attelle est enlevée, et le malade peut marcher avec le bandage plâtré que l'on conserve.

Le 14. L'appareil plâtré est enlevé; le valgus persiste aussi bien que la contracture du long péronier latéral, mais l'extenseur commun n'est plus contracturé, et les mouvements d'adduction et d'abduction sont tout à fait rétablis. En somme, il n'y a pas guérison complète, mais seulement amélioration.

Le 15. Le malade a marché pendant la journée d'hier; mais la marche n'a pas tardé à lui devenir pénible, et il a été obligé de se reposer de nouveau.

Ce matin, le pied malade ne présente pas de différence avec le pied sain quant à la direction; peut-être son bord interne est-il un peu moins élevé.

La contracture des péroniers a disparu; la corde formée au-dessus de la malléole par le tendon du long péronier latéral s'est affaissée. M. Gosselin imprime au pied divers mouvements, et notamment ceux d'adduction et d'abduction. Aussitôt, soit par suite de la crainte, soit par suite de l'irritation que développent les glissements des surfaces articulaires, la contracture du long péronier reparaît, le pied retombe en valgus. Trois minutes après, la contracture et le valgus ont cessé de nouveau. Il résulte de ce qui précède que la déviation du pied et la contracture qui produit cette déviation sont devenues intermittentes de continues qu'elles étaient primitivement.

17 février. Le malade a marché pendant la journée d'hier, mais il a été obligé de rester longtemps assis. Ce matin, pas de valgus, pas de contracture; le pied a sa direction normale. On imprime divers mouvements, la contracture ne se reproduit pas, la déviation semble définitivement corrigée. — Bains sulfureux.

Le 18. Le malade a longtemps marché hier. Le soir il y avait un peu d'œdème autour des malléoles, un peu de douleur et de contracture du long péronier latéral, mais point de valgus. Ce matin tous ces phénomènes ont disparu; à la roideur légère qui existait hier soir dans les jointures du tarse, ont succédé une mobilité et une souplesse tout à fait normales.

Digitized by Google

On produit facilement des mouvements d'adduction et d'abduction, soit en fixant la jambe d'une main et en agissant directement avec l'autre sur le pied, soit en fixant la jambe avec les deux mains et en lui imprimant un mouvement horizontal et alternatif de dehors en dedans et de dedans en dehors. Un bandage roulé est appliqué pour soutenir le pied pendant la marche. — Bain sulfureux.

Le 19. Hier, marche plus longue et plus facile; dans la soirée, contracture, gonflement et roideur peu prononcés.

Ce matin, il n'existe pas de différence entre les deux pieds.

Le 20. Même état.

Le 21. Frictions avec le baume opodeldoch.

Le 25. Le malade a marché dans les premiers jours, quatre ou cinq heures par jour. La marche est encore possible, mais, le soir, il y a plus de contracture, de douleur et de valgus. Aujourd'hui, dans le but de calmer cette douleur, M. Gosselin ne lui permet de marcher que deux heures par jour, une heure le matin et une heure le soir. Encore le pied doit-il être soutenu par un bandage en 8 de chiffre. Les frictions avec le baume opodeldoch et les bains sulfureux pris un jour entre autres doivent être continués.

14 mars. Depuis quatre jours, le malade porte un bas lacé pour soutenir le pied, et se lève pendant toute la soirée. Pas d'amélioration.

Le 16. Application d'un second bandade plâtré.

9 avril. Le dernier bandage a été retiré le 3, le malade marchant sans souffrir. Depuis ce temps, le valgus n'a plus du tout reparu. La marche a lieu sans claudication, mais avec quelques douleurs très-légères, quand elle dure depuis deux ou trois heures.

Les mouvements de latéralité sont à peu près complets quand il y a un repos de quelques heures; mais ils sont incomplets, difficiles par suite d'une roideur dont l'agent est difficile à préciser, lorsque la marche vient d'avoir lieu. En somme, ce matin, pas de valgus, facilité et indolence de la marche, à la condition qu'elle ne dure pas longtemps, disparition de la contracture des péroniers. Ces résultats se maintiendront-ils? — Exeat.

13 mai. M. Gosselin a vu le malade dans la journée d'hier. La guérison a persisté et même s'est complétée. La marche est très-facile, n'amène aucune douleur, aucune fatigue. L'œdème des malléoles qui, autrefois, se montrait le soir à la suite d'une marche un

Digitized by Google

peu prolongée, ne se manifeste plus. La contracture a totalement disparu. Le pied gauche présente la même conformation extérieure que le pied droit. Il ne reste aucune trace de valgus; les mouvements d'opposition, de latéralité et de rotation autour de l'axe vertical sont aussi libres que dans le membre sain.

5 janvier 1862. F..... est revenu hier voir M. Gosselin, il continue à se porter très-bien, ne souffre pas, marche parfaitement et a tous ses mouvements de latéralité. Il a grandi beaucoup.

OBSERVATION V.

D..... (Charles-Henri), tonnelier, 36 ans. Cet homme a les pieds un peu plats de naissance. Dans les premiers jours de mai 1860, son pied gauche, en marchant, porte sur une pierre et se détourne en dedans. Au même instant, il ressent une douleur assez vive qui ne l'empêche pas de continuer sa route un moment après, mais en boitant.

Depuis ce moment, il a toujours boité un peu et son pied est toujours resté un peu enflé au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Il n'a pas cessé de travailler, et s'est contenté de frictionner son pied avec de la pommade camphrée qui ne lui a pas procuré de soulagement. En juillet, il consulte un médecin d'Argenteuil qui lui ordonne une nouvelle pommade, lui bande la jambe et le fait reposer. Au bout de trois semaines de ce traitement, ne remarquant aucun soulagement, il reprend son travail pendant huit jours avec son bandage. Mais son pied devient plus enflé, et il se décide à entrer à Beaujon, dans le service de M. Gosselin, le 14 août 1860.

Son pied est un peu enflé au niveau de l'articulation tibio-tarsienne; il est dans l'abduction. Au-dessus de la malléole externe, on sent la corde des péroniers latéraux plus tendue qu'à droite. Au-dessous et en avant de la même malléole, on sent la tension du tendon du court péronier latéral. Point de déformation du squelette si ce n'est au-dessous de la malléole interne, où l'on remarque une légère saillie de l'astragale. La pression occasionne une douleur de chaque côté du pied en avant de la malléole et se prolongeant en bas jusqu'aux bords interne et externe du pied, mais plus vive en dedans, surtout au niveau de l'apophyse du scaphoïde. Si on veut imprimer des mouvements au pied, on voit que l'extension et la flexion, quoique limitées, sont possibles; mais les mouvements de latéralité sont très-difficiles, surtout les mouvements d'adduction.

Digitized by Google

Les mouvements de rotation de la pointe du pied en dedans et en dehors sont aussi très-pénibles et très-limités. Comme cela a déjà été dit, le malade boite en marchant, il porte la pointe du pied en dehors, le pied étant également un peu tourné en dehors. Il ne fléchit pas le pied sur la jambe afin de n'avoir pas à faire supporter le poids du corps au pied malade. Ainsi il monte bien l'escalier parce qu'il pose le pied à plat, et qu'il fait soulever le poids de son corps par les muscles de la cuisse, de telle sorte qu'il ne se passe qu'un très-faible mouvement de flexion dans l'articulation tibio-tarsienne, et presque point d'effort musculaire dans les muscles qui meuvent le pied sur la jambe; mais il ne peut le descendre sans souffrir, parce qu'il lui est difficile alors de ne pas appuyer sur la pointe du pied. Du reste, s'il veut monter les escaliers sans appuyer le talon, cela lui est impossible.

17 août. Le malade est endormi à l'aide du chloroforme jusqu'à résolution complète de tous les membres, et alors tous les mouvements que l'on imprime au pied malade se font aussi facilement qu'à droite. Application d'un appareil plâtré après avoir fortement porté le pied dans l'adduction.

10 septembre. On enlève l'appareil; les mouvements du pied sont plus souples, le valgus est beaucoup moins prononcé, mais le malade boite toujours un peu. Il souffre toujours en marchant et ne peut appuyer la pointe du pied sans souffrir, ce qui est la cause de sa claudication. Néanmoins, il se lève tous les jours et se promène en ayant le pied maintenu par une bande roulée.

Le 20. Frictions avec le baume opodeldoch, bandage roulé.

Le malade sort non guéri complétement, mais dans un état bien meilleur.

OBSERVATION VI.

B..... (Honoré), 17 ans, ébéniste, d'un tempérament légèrement lymphatique, d'une bonne constitution, est entré à Beaujon dans le service de M. Gosselin le 18 juin 1861.

Il a toujours eu une excellente santé. Dans ces derniers temps, il a grandi vite et beaucoup. Il y a un mois et demi environ, il prit, dans une rixe, une entorse au pied gauche; cette lésion s'accompagna d'une douleur assez vive, d'une tuméfaction notable, néanmoins il ne fut pas obligé de garder le repos, ni même de cesser

Digitized by Google

son travail, il ne se soigna nullement. Le gonflement occasionné par l'entorse disparut, mais la douleur persista.

Vers ces derniers jours, à la fin de la journée, il lui est arrivé plusieurs fois d'éprouver une douleur plus vive que d'habitude, et de voir survenir un gonflement prononcé autour des malléoles du pied malade. A ces symptômes, douleur et tuméfaction, se joignit une claudication pénible, si bien que le malade était obligé de se reposer et ne pouvait reprendre son travail qu'au bout d'un ou de deux jours. Comme cet état semblait devoir se continuer d'une manière indéfinie, le malade se décida à entrer à l'hôpital où l'on constata les faits suivants : les deux pieds sont légèrement plats, le gauche est dans l'abduction ; son bord externe est relevé, son bord interne légèrement abaissé, et sa face supérieure plus rapprochée du plan horizontal que celle du pied opposé. Lorsque le malade marche, toute la plante du pied repose sur le sol. Les péroniers sont contracturés, et le tendon du long péronier latéral forme au-dessus de la malléole externe une saillie marquée et résistante à la pression. Les mouvements de latéralité et ceux de rotation autour de l'axe vertical sont plus limités, par moments abolis. Soit que l'on s'efforce de porter le pied en dedans ou en dehors avec une main, tandis que l'autre fixe le bas de la jambe, soit que, saisissant avec les deux mains le bas de la jambe, on imprime à tout le membre de violentes secousses, le pied reste immobile. Il est à noter que ces trois phénomènes : déformation du pied, contracture des péroniers et abolition des mouvements de latéralité sont rémittents ; qu'ils cessent, du moins en grande partie, lorsque le malade se repose et qu'ils ne se manifestent que lorsqu'il vient de marcher ou qu'on a répété quelque temps sur le pied les manœuvres précédentes. Les mouvements d'extension et de flexion sont faciles, mais accompagnés d'une légère douleur. Au reste, il existe une sensibilité assez vive à la pression autour de la malléole interne, et notamment au niveau de l'extrémité antérieure du calcanéum et de la tubérosité du scaphoïde. — Repos au lit.

21 juin. Le malade a marché un peu ce matin, une heure environ; il boite encore et la marche est pénible. La contracture a cessé ; les mouvements sont rétablis, du moins en grande partie; la déformation n'existe plus. Mais tous ces phénomènes se reproduisent par moments.

Le 23. Même état ; le malade boite encore un peu. Comme il s'ob-

Digitized by Google

stine à ne pas garder le repos et que les mouvements de latéralité existent plus souvent qu'ils ne manquent, on le laisse partir sans traitement le 27 juin.

2 juillet. Le malade rentre, son état est le même que lorsqu'il s'est présenté pour la première fois ; M. Gosselin prescrit le repos absolu et l'application d'un bandage plâtré.

Le 4. Le bandage a été appliqué hier, le malade marche.

Le 11. Depuis le 4 juillet, le malade a marché avec son bandage toute la journée, et sans éprouver aucune douleur, la constriction trop forte exercée par le bandage ayant été corrigée dès les premiers jours ; mais, comme il est très-insubordonné, on est obligé de le renvoyer ; il sort avec son appareil plâtré. — Non revu.

OBSERVATION VII.

C..... (Eugénie), entrée à la Pitié le 11 février 1863, âgée de 12 ans. Le 7 ou le 8 novembre dernier, sur les six heures et demie du soir, en revenant de sa pension avec plusieurs de ses camarades, elle fut heurtée et renversée contre une boutique par un homme ivre qui tomba sur elle. Dans sa chute, son pied fut pris dans un creux du pavé et éprouva un mouvement de torsion en dehors. Une vive douleur se fit sentir au niveau du bord antérieur de la malléole interne.

Elle se releva et rentra chez ses parents, qui demeuraient à dix minutes de chemin, en s'appuyant contre les boutiques.

Une fois rentrée chez elle, elle se coucha ; la douleur vive qui s'était fait sentir au niveau de la malléole interne s'étendit tout autour de l'articulation tibio-tarsienne. Elle diminua ensuite un peu d'intensité, et aucun gonflement ne se manifesta au niveau des points douloureux. Le lendemain matin elle retourna à sa pension, quoique les douleurs n'eussent pas encore disparu, qu'elles fussent aussi vives que la veille et la claudication aussi prononcée. Pendant les trois mois qui suivirent, elle alla à sa pension, toujours avec les mêmes douleurs, qui étaient beaucoup plus vives le soir. Si elle se fatiguait, les douleurs augmentaient d'intensité et la forçaient à s'asseoir.

Dans les premiers jours de janvier, à la suite d'une chute que la malade fit, poussée par une de ses petites amies, les douleurs de-

Digitized by Google

vinrent excessivement vives, la claudication devint très-prononcée, et elle ne put rentrer chez elle qu'appuyée sur le bras d'une de ses compagnes. Son pied gonfla, pour la première fois et un peu de rougeur parut aussi à ce moment. Un médecin fut alors appelé, ordonna des frictions avec le baume nerval, le repos absolu au lit, et voulut mettre un appareil plâtré, que la mère ne permit pas d'appliquer, espérant que le baume nerval et le repos opéreraient la guérison. A la suite de ce traitement, les douleurs diminuèrent un peu, mais pas notablement. Le gonflement diminua aussi un peu, et la rougeur disparut tout à fait. La malade fut forcée de ne plus aller à la pension et de garder le lit. A la fin de janvier, voyant que les douleurs persistaient, elle alla consulter un médecin qui lui ordonna le repos au lit, des frictions avec l'iodure de plomb et, à l'intérieur, l'iodure de fer. A la suite de ce traitement qui n'amena aucun soulagement, elle vint consulter M. Gosselin qui prescrivit des frictions avec le baume nerval.

A la suite de quinze jours de traitement, aucun changement ne s'était opéré; M. Gosselin conseille à la mère de laisser entrer la malade à l'hôpital, et, le 11 février, elle nous arrrive dans l'état suivant : elle est faible et a le tempérament modérément lymphatique, sans traces de scrofules. Elle se plaint de cuissons, d'élancements tout autour de l'articulation tibio-tarsienne, excepté à la partie interne, où les douleurs sont nulles. Ces douleurs sont plus vives au niveau du bord antérieur de la malléole externe, ainsi qu'à son bord postérieur. Ces douleurs, qui ne sont pas très-vives, augmentent par la pression, par les mouvements communiqués ou spontanés. Elles sont surtout vives dans les mouvements d'adduction et d'abduction. L'examen du pied fait reconnaître un gonflement modéré des parties où siége la douleur.

Le pied est en valgus, mais bien peu ; il n'y a pas de pied plat. Si l'on fait marcher la malade, elle traîne seulement un peu la jambe ; les tendons des péroniers latéraux, surtout celui du court, sont tendus et forment une corde sensible à la vue et au toucher.

Les tendons du jambier antérieur et des extenseurs propre et commun des orteils ne sont pas tendus, ou du moins le sont très-peu. Si l'on cherche à imprimer des mouvements de flexion, d'extension et de latéralité, on les trouve un peu limités et assez douloureux, surtout les mouvements de latéralité. Quand la malade a marché un certain temps, la contraction des péroniers augmente, ainsi que les

Digitized by Google

douleurs; les mouvements de latéralité sont aussi plus limités qu'après la marche. M. Gosselin prescrit le repos au lit, et le lendemain 13 janvier, on applique un appareil plâtré, afin d'immobiliser l'articulation.

Sortie, un mois après, avec un appareil, elle est rentrée le 4 avril, pour se le faire enlever.

6 avril. On prescrit une bottine mécanique et on laisse l'appareil.

Le 19. La malade sort avec son appareil plâtré fortifié par une bande de dextrine et elle gardera le tout jusqu'à ce que la bottine soit finie. — Exeat.

4 mai. On enlève l'appareil platré, et on place la bottine, après avoir constaté qu'il n'y a pas pour l'instant de contracture ni de douleur, et que les mouvements de latéralité existent.

Elle va porter la bottine pour marcher.

Le 25. Revenue à la consultation, elle déclare avoir porté la bottine jusqu'à ce jour et marche constamment sans douleur et sans claudication. On ne constate ni valgus, ni contracture, ni roideur anormale. Tout, en un mot, paraît à l'état sain.

M. Gosselin a revu la malade à la fin de 1864.

La guérison se maintenait toujours bien; mais il y avait un peu de roideur et comme d'ankylose, empêchant les mouvements de latéralité.

OBSERVATION VIII.

P..... (Marie), âgée de 13 ans, mais de forte apparence, et à laquelle on pourrait donner 15 ou 16 ans, entrée à la Pitié, salle Saint-Jean, nº 9, le 16 mai 1862.

Cette jeune fille, non encore réglée, d'une constitution en apparence fort bonne, d'une taille élevée par rapport à son âge, d'une musculation puissante, présente cependant des antécédents scrofuleux. A la partie inférieure du cou (côté droit) on voit des cicatrices strumeuses, résultant d'un abcès qui a été soigné à l'Enfant-Jésus, il y a huit mois, et pour le traitement duquel on a appliqué deux sétons. Dans son enfance, elle nous dit avoir eu le bras gauche fracturé deux fois, et, à l'âge de 8 ans, elle est entrée à l'Enfant-Jésus, où elle a été traitée pendant huit mois d'une coxalgie qui empêchait la marche. Il n'y a pas eu d'abcès consécutif. A la fin de l'année 1861 (novembre), la malade est entrée dans un couvent, à

Digitized by Google

la Glacière, où elle était occupée à dévider de la soie toute la journée. Cette occupation nécessitait de sa part la station debout pendant dix à onze heures tous les jours. Trois jours après son entrée dans cet établissement, elle ressentit des engourdissements dans le pied gauche, et en même temps des douleurs se firent sentir au niveau des malléoles; elle souffrait, dit-elle, comme si on lui eût broyé les os. Ces douleurs ne firent qu'augmenter. Le matin, à son lever, la malade ne ressentait aucune souffrance. Seulement elle éprouvait, dans les mouvements de son pied gauche, une gêne qui augmentait rapidement. Son pied était, nous dit-elle, d'une seule pièce avec la jambe; la malade s'apercevait de cela, surtout en descendant les escaliers. Le soir, elle éprouvait la même gêne; mais, en outre, les fatigues de la journée avaient fait apparaître les douleurs et de la tuméfaction du cou-de-pied. Cette tuméfaction disparaissait par le repos de la nuit. Au bout d'un mois, la malade prit un repos de deux semaines; alors la tuméfaction disparut, les mouvements revinrent; la malade pouvait aller et venir sans souffrance. Elle reprit ses occupations; aussitôt, dès le 1er jour, engourdissement du pied, douleur, immobilité, tuméfaction, qui augmentèrent un peu les jours suivants. Un médecin ordonna tous les jours des frictions avec de l'huile camphrée, la malade fut obligée de reprendre son travail, son état ne fit qu'empirer, et elle quitta le couvent le 11 mai 1863. Elle se reposa chez elle quatre ou cinq jours, au bout desquels elle entra à la Pitié.

17 mai. M. Gosselin constate la déviation du pied gauche en valgus, le bord externe est relevé, et la distance qui le sépare de la malléole est bien moindre que du côté droit. La voûte plantaire n'est nullement affaissée; elle existe à un degré égal des deux côtés, et jamais il n'y a eu de pied plat. Le pied gauche n'est pas tuméfié; il n'y a point de saillie au-dessous de la malléole interne. Les péroniers latéraux sont contracturés, et on sent très-bien la corde du court péronier au côté externe du pied gauche. Rien de pareil du côté droit. Le jambier antérieur n'est pas sensiblement contracturé. Les mouvements de flexion et d'extension sont moins faciles que du côté opposé; la différence est surtout prononcée pour les mouvements de latéralité, qui sont très-difficiles. Après une exploration assez courte, le pied gauche est rendu complétement immobile dans ses articulations tarsiennes. Lorsqu'on secoue la jambe, le pied ne bouge pas; le mouvement d'abduction est plus

Digitized by Google

facile que celui d'adduction et paraît déterminer des douleurs plus vives. Ce phénomène n'est pas constant.

On laisse reposer la malade jusqu'au 20 mai, et on constate plusieurs fois les mêmes symptômes. Le 20 mai, on la soumet au sommeil anesthésique, et on lui immobilise le pied en varus à l'aide de l'appareil plâtré.

Le 21 mai, il semble que le pied soit retombé dans sa position vicieuse, par suite d'une fracture du plâtre; on applique l'attelle de Dupuytren.

19 juillet. On enlève tout l'appareil; il n'existe plus ni douleur ni déformation, et les mouvements de latéralité sont très-prononcés.

22. La malade part pour le Vésinet, sans douleur, sans claudication, sans contracture, et il n'existe aucune douleur à la pression dans la région calcanéenne externe.

2 septembre. La malade entre à l'hôpital. Elle dit qu'elle a continué à n'éprouver aucune douleur deux ou trois jours après sa sortie. Au bout de ce temps, quoiqu'elle n'eût pas marché et qu'elle ne fût restée debout que deux ou trois heures pour le besoin de la maison, elle a recommencé à souffrir. Le pied n'éprouvait d'abord aucune déviation. Le jour où elle se présenta à la consultation, comme elle avait fait une longue course pour venir à l'hôpital, on constate un valgus du pied gauche qui, sans être très-prononcé, est cependant très-appréciable.

Le lendemain, les douleurs et le valgus ont disparu. Les mouvements de latéralité et le ballottement imprimés au pied gauche, sont assez faciles, quoiqu'un peu plus gênés que du côté droit. La douleur provoquée par ces mouvements est peu appréciable. Il faut noter que cette jeune fille a eu quinze heures de repos. La voûte plantaire est bien conservée; le seul phénomène bien appréciable consiste en une douleur assez vive au côté externe de l'astragale.

5 septembre. La malade a marché pendant deux heures environ avant la visite, aussi on constate une roideur considérable des jointures du pied gauche; on sent sous le doigt, et faisant une saillie appréciable sous la peau, les cordes formées par les tendons de l'extenseur commun et des péroniers. Il n'y a cependant pas d'augmentation de la voûte plantaire. Le pied est fortement porté en valgus, immobile au ballottement, et les mouvements de latéralité font

Digitized by Google

naître une vive douleur, qui paraît siéger dans l'articulation calcanéo-astragalienne.

Le 4. Plus de contracture, mouvements faciles et sans douleur; le valgus ayant complétement disparu, on applique un appareil plâtré sans anesthésie, et en ayant soin d'exagérer le mouvement d'adduction. Guérison constatée plus de six mois après l'ablation de l'appareil.

OBSERVATION IX.

Marie D....., 14 ans, non encore réglée, d'un tempérament strumeux, à en juger par l'aspect du visage et le développement de la lèvre supérieure, d'une constitution faible, entrée salle Saint-Jean le 14 avril 1862.

Pas de grande maladie antérieure, elle dit seulement avoir eu mal aux yeux il y a deux ans. Cette jeune fille, sans profession, marchant peu, se plaint d'avoir eu dans les bras et les genoux, il y a trois mois, des douleurs qui semblent de nature rhumatismale. Un jour, revenant de faire une course un peu longue, elle ressent à la plante du pied une crampe qui l'empêchait de marcher; le repos fit bientôt disparaître cette gêne. Des douleurs plus vives se montrèrent bientôt dans le pied sans cause appréciable; elles duraient sept ou huit jours et disparaissaient ensuite. Non continues, elles se montraient seulement de temps en temps; pendant ces souffrances, la malade ressentait de vifs élancements autour de son pied. Le soir, il y avait du gonflement, et, au dire de la malade, le pied était tourné en dehors, les douleurs continuaient pendant la nuit et l'empêchaient de dormir. La chaleur du lit était surtout pénible, et il fallait laisser le pied à découvert pour avoir du soulagement. Enfin, depuis un mois, ces douleurs sont devenues continues. Depuis ce temps, la malade a beaucoup souffert de son pied jour et nuit.

Le soir, bien qu'elle eût peu marché, le pied présentait du gonflement, les douleurs étaient lancinantes, pongitives; son pied lui semblait être entouré d'un cercle de fer allant de l'une à l'autre malléole, en passant sur le cou-de-pied. La marche était douloureuse, et la malade ne pouvait, en montant un escalier, relever le talon, qui lui semblait porter un poids énorme. Cependant il n'y a pas eu de traitement jusqu'au jour où la malade est

Digitized by Google

venue à l'hôpital consulter M. Gosselin. Alors on constate une déviation assez prononcée; le bord externe du pied est relevé, excavé à sa partie moyenne, et séparé du sol à ce niveau par un espace de 1 1/2 à 2 centimètres. Lorsqu'on fait placer le pied sur un plan horizontal, on remarque une saillie assez prononcée au côté interne du pied, au-dessous et en avant de la malléole. Les muscles jambier antérieur et péroniers latéraux sont contracturés, et leurs tendons font sous la peau une saillie appréciable à la vue et surtout au toucher. Le lendemain, à la visite, la déformation avait disparu, les mouvements d'extension et de flexion étaient normaux et indolents.

Les mouvements de latéralité étaient moins étendus que dans le pied droit, un peu douloureux, et ne déterminaient point de contracture. On ordonne à la malade de se lever et de marcher pendant une heure le lendemain à la visite.

16 avril. La malade marche, et on peut constater une claudication assez prononcée. Elle appuie sur son talon, autour duquel elle exécute à chaque pas un mouvement de rotation de dedans en dehors. Le pied offre la déformation constatée à la consultation, mais à un degré un peu moindre. Il est porté en dehors, le bord externe un peu relevé. Les muscles jambier et péroniers sont contracturés et se tendent encore davantage par les mouvements de latéralité que l'on imprime au pied et qui deviennent alors très-limités et assez douloureux. La flexion et l'extension restent libres, la saillie située en avant et au-dessous de la malléole interne, et qui paraît tenir à la tête de l'astragale, existe toujours.

En outre, M. Gosselin détermine deux points douloureux, l'un en dedans, l'autre en dehors, au niveau de l'articulation médio-tarsienne. La plante du pied est également douloureuse en plusieurs points. M. Gosselin prescrit à la malade de ne pas quitter le lit jusqu'à la visite du lendemain.

17 avril. Application d'un appareil plâtré sans anesthésie, et après avoir porté le pied en dedans. La malade souffre peu de cette application, et dit seulement éprouver quelques fourmillements.

Le 18. La malade a un peu souffert la nuit, mais a pu dormir.

Le 25. Cessation des douleurs, la malade se lève et marche.

10 mai. La malade se lève tous les jours et marche constamment sans éprouver aucune douleur.

Digitized by Google

19 juin. Ablation de l'appareil. Il n'y a plus de déformation, les mouvements d'extension et de flexion sont normaux. Les mouvements de latéralité sont faciles et étendus, ils se font sans contracture et sans douleur. La marche est facile.

La malade se plaint seulement de ressentir un peu de douleur à la partie inférieure et interne de la jambe. Il y a aussi deux points douloureux à une forte pression, l'un au côté interne du pied, en avant de la malléole, l'autre sous la plante du pied ; ces points sont aussi un peu douloureux pendant la marche.

2 juillet. Exeat. Guérison.

OBSERVATION X.

L..... (Alexandre), 16 ans, emballeur, entré le 30 janvier 1863.

Ce jeune homme se plaint d'une douleur au pied droit, qu'il éprouve depuis un mois et demi ou deux mois ; cette douleur n'est pas continuelle. Elle ne se fait sentir vivement que le soir, surtout lorsque le malade a fatigué pendant la journée ; le matin il ne souffre pas. La douleur était peu vive d'abord ; mais, comme son état d'emballeur l'oblige à rester toute la journée sur pied, elle a été sans cesse en augmentant. Le jeune homme raconte que, après être allé, il y a quelques jours, à Bercy, il a eu, à son retour, le pied droit gonflé et que, dès lors, il a été obligé de garder le repos.

Interrogé sur ses antécédents, il répond qu'il a eu une éruption pustuleuse du cuir chevelu et un engorgement des ganglions du cou ; il porte une cicatrice d'abcès derrière la mâchoire inférieure à gauche.

31 janvier. Double pied plat ; du côté droit valgus assez prononcé, le malade ne peut pas dire si ce valgus lui est habituel ou s'il ne s'est montré qu'après l'apparition des douleurs. Les muscles ne présentent pas de contracture. Les mouvements de latéralité se font presque aussi aisément à droite qu'à gauche. En pressant sur la face externe du pied droit en avant et au-dessous de la malléole, on développe une douleur assez vive. M. Gosselin fait promener le malade et, après une demi-heure de marche, constate que les muscles, auparavant relâchés, sont maintenant contracturés. Le jambier antérieur et l'extenseur commun font une saillie appréciable ; mais il est impossible de rien trouver d'anormal du côté des péroniers. Les mouvements de latéralité sont impossibles. — Repos au lit.

Digitized by Google

1er février. Les mouvements de latéralité sont revenus, et il n'y a plus de contracture; cependant les mouvements ne sont peut-être pas aussi faciles que la veille au moment de l'examen. La douleur a complétement disparu. (Frictions avec le baume tranquille). Les jours suivants, l'état du malade reste le même ou à peu près, et, le 5 février, M. Gosselin lui permet de quitter l'hôpital.

Notre malade est à peu près dans le même état que le jour de son entrée; la seule différence, c'est que son pied est maintenant tout à fait indolent. M. Gosselin ne juge pas nécessaire d'appliquer un bandage inamovible; il espère que les douleurs, qui sont le premier degré d'une lésion des articulations du tarse propre aux adolescents et qu'il désigne sous le nom de *tarsalgie*, ne reviendront peut-être pas, quoique pourtant, la facilité avec laquelle elles récidivent lui fasse craindre que ce malade ne soit obligé de venir réclamer plus tard de nouveaux soins.

OBSERVATION XI.

P. J. (Jean), 17 ans, garçon de café, entre à la Pitié le 8 octobre 1862. Aucun symptôme de scrofule, santé toujours excellente, jamais la moindre déformation des membres inférieurs dans son enfance. Il est garçon de café depuis trois ans, cette profession l'oblige à rester toujours debout. Il y a dix-huit mois, il éprouva au pied gauche, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, la sensation d'une piqûre et le pied se déjeta en dehors; il lui a été impossible depuis de le ramener à l'état normal. Il continua cependant sa profession, mais, au bout de quinze jours, le pied gauche s'enfla, la marche devint très-douloureuse, et il fut obligé de quitter le café où il était. Au bout d'un mois de repos, le gonflement du pied disparut, mais le valgus persista. Depuis cette époque, le malade ne peut jamais travailler quinze jours de suite sans être obligé de prendre ensuite trois semaines ou un mois de repos. Quant au pied droit, le malade dit en souffrir de temps en temps, mais les douleurs sont rares et légères.

9 octobre. On constate l'état suivant : quoique dépourvu d'embonpoint, le malade paraît jouir d'une bonne santé, il faut remarquer cependant que ce jeune homme ne dort jamais plus de six heures par jour, repos insuffisant pour son âge et sa profession.

Le pied gauche est en valgus; la déviation n'a pas atteint cepen-

Digitized by Google

dant le maximum. Les muscles des régions antérieure et externe de la jambe sont plus ou moins contracturés. On sent parfaitement sous la peau la corde formée par le jambier antérieur et le court péronier latéral. Lorsqu'on presse sur la partie antérieure et latérale du pied, le malade éprouve de la douleur.

Au-dessous de la malléole interne, on trouve une saillie qui est probablement formée par l'astragale et le scaphoïde. Le creux plantaire n'existe pas, il y a un pied plat. Les mouvements d'extension et de flexion sont assez faciles, quoique assez limités; les mouvements de latéralité sont nuls. Le pied droit, quoique non déformé, a cependant une tendance au valgus; le creux plantaire n'est pas aussi prononcé qu'à l'état normal, et on sent une saillie en avant de la malléole interne, mais moins prononcée que du côté gauche. Les mouvements de flexion et d'extension sont normaux; mais les mouvements de latéralité sont un peu moins étendus qu'à l'état sain.

10 octobre. Le pied droit a tous ses mouvements. Le pied gauche est dans le même état; le malade marche sans boiter, mais il dit qu'il boite quand il est fatigué.

Le 11. Le pied droit est normal. Le pied gauche est un peu plus mobile. On applique un appareil plâtré, qui se casse, et que l'on consolide le lendemain avec une bande dextrinée.

28 novembre. Le malade s'est levé presque toujours et a marché avec des béquilles, souffrant un peu lorsqu'il voulait appuyer le pied, et à cause de cela, l'appuyant le moins possible.

Il part pour Vincennes, muni toujours de son appareil plâtré, consolidé avec deux ou trois bandes dextrinées.

26 janvier. Retour de Vincennes. Le valgus a diminué, mais il persiste. La tension des péroniers et des extenseurs est très-peu sensible. Le malade marche bien, et ne souffre un peu que lorsqu'il a longtemps marché. Ainsi ce malade a été très-amélioré, mais non guéri. Il se décide à rentrer à l'hôpital.

12 février. Valgus assez prononcé du pied gauche; le bord externe est relevé, la pointe dirigée en dehors. Le jambier antérieur et l'extenseur commun font une corde sous-cutanée assez saillante; on sent toujours une certaine résistance du côté des péroniers, sans qu'on puisse cependant voir là une contracture. Le pied d'ailleurs n'est pas douloureux spontanément; les mouvements, quoique limités, sont possibles. Il faut remarquer qu'en ce moment le malade était au repos depuis douze ou quinze heures. Sous l'influence

Digitized by Google

d'une promenade d'une heure, nous constatons que la déviation est plus marquée et que le court péronier fait une saillie anormale Le pied est douloureux spontanément, et la douleur se fait sentir au niveau de l'articulation tibio-tarsienne.

Le 13. Appareil plâtré, repos au lit, contrairement à ce qui avait été ordonné lors du premier séjour du malade à l'hôpital.

18 avril. L'appareil, consolidé avec une bande dextrinée, est gardé deux mois et plus, le malade restant au lit le premier mois, et se levant un peu pendant le second. On ôte l'appareil, le pied est un peu déformé, il y a une mobilité générale assez marquée, mais le jambier et l'extenseur font une légère saillie; la marche est assez facile, mais il y a un peu de douleur au côté interne du pied. — Application d'une bottine mécanique.

20 avril. Il sort, promettant de se servir de sa bottine pour marcher, et ayant les mouvements de latéralité très-libres, marchant facilement, avec quelque peu de douleur quand il a marché longtemps, en somme, paraissant guéri.

11 mai. Il revient à la consultation. Il se plaint que la bottine est trop lourde et le gêne beaucoup pour marcher. Il n'a pu la porter que dix à douze jours; il ne la portera décidément plus. Du reste, il ne souffre pas, n'a pas de contracture, ne boite pas. Mouvements de latéralité très-satisfaisants.

16 septembre. Le malade entre, se plaignant de ne pouvoir continuer ses occupations, à cause de ses douleurs du pied qui lui sont revenues. Le pied est de nouveau en valgus; les tendons des extenseurs, et surtout du court péronier, se dessinent sous forme de cordes très-tendues. Les mouvements de latérialité sont très-limités, sinon nuls. Il y a des douleurs considérables pendant la marche. La contracture et le valgus ne sont très-prononcés que si le malade a marché.

Lorsqu'il est toute la journée au lit, nous le trouvons le matin sans douleur, sans valgus, sans contracture, et avec tous ses mouvements de latéralité, si bien que, si l'on s'en tenait à cet examen, on ne le croirait pas malade; mais il suffit que la marche ait eu lieu une heure ou deux pour que les symptômes se dessinent. Dans cet état de choses, tarsalgie et contracture intermittentes, M. Gosselin ne se décide pas à la ténotomie, à laquelle il avait songé d'abord, et donne la préférence à un nouvel appareil, avec immobilité plus fixe. Il faut noter d'ailleurs que l'ensemble des signes physiques n'autorise pas à croire à la tumeur blanche.

Digitized by Google

26 septembre. Appareil stuqué, repos absolu au lit.

17 novembre. Le malade sort dans l'état suivant : mouvements d'adduction et d'abduction faciles, indolents; saillie des péroniers et des extenseurs peu marquée; marche facile, sans douleur, avec claudication légère. Nous sommes cependant loin de croire que la guérison s maintiendra, l'observation nous ayant appris qu'il est à craindre de voir les accidents revenir dès que le malade se fatigue. D'ailleurs, ce malade n'a pas été fidèle à la parole donnée de garder le repos au lit : il a commencé à marcher beaucoup plus tôt qu'il ne l'aurait dû.

OBSERVATION XII.

J. M....., 17 ans, apprenti opticien, d'une constitution assez délicate, ne présentant cependant aucun caractère de scrofule. Il rapporte que, sur la fin de janvier 1862, il eut une entorse par suite d'un faux pas dans lequel son pied fut pris dans un trou. A la suite de cet accident, qui lui avait causé des douleurs très-vives, et qui avait été suivi d'un léger gonflement, il fut admis à la Pitié, chez M. Gosselin. Après y être resté huit jours, il sortit et fut en état de reprendre ses occupations. A ce moment il lui restait cependant encore un peu de douleur, mais qui n'était pas assez forte pour l'empêcher de se livrer à son travail. De plus, à sa sortie, on avait constaté, dans les environs de l'articulation tibio-tarsienne, une sorte d'empâtement qui avait fait soupçonner l'existence de fongosités commençantes. Ce malade assure n'avoir jamais éprouvé avant ce temps aucun accident du côté de son pied, et a toujours eu une bonne santé. Après sa sortie de l'hôpital, il reprit donc ses occupations ordinaires, tout en souffrant, mais sans boiter. Nous devons noter ici qu'il est obligé de rester debout toute la journée, et que, demeurant rue Mouffetard, il va tous les matins à Belleville, où est son atelier, et que le soir il en revient; par conséquent ses pieds fatiguent beaucoup. Aussi, il y avait à peine trois jours qu'il était sorti de l'hôpital, que les douleurs qu'il avait éprouvées dans le pied droit augmentèrent d'intensité; bientôt il ne put marcher qu'en boitant, et enfin il fut obligé de s'arrêter tout à fait. En même temps son pied s'enfla et se dévia en dehors, de sorte qu'en marchant il appuyait exclusivement sur le bord interne du pied. Par le repos, le malade voyait le gonflement disparaître et le pied reprendre sa rectitude; les douleurs seules restaient presque aussi

Digitized by Google

vives et existaient le jour et la nuit, l'empêchant quelquefois de dormir. Reprenait-il son travail et ses courses, son pied s'enflait de nouveau et se déviait en dehors.

1er mars 1862. Rien de particulier dans l'aspect du pied; pas de contracture; le malade accuse seulement une douleur assez forte au-dessous de la malléole externe. Il est bon d'ajouter qu'il se repose depuis la veille. Les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité existent, quoique moins étendus que du côté sain; ils provoquent des douleurs assez vives. On fait marcher le malade dans la salle pendant dix minutes environ, et l'on voit que la claudication, qui n'existait pas d'abord, se produit après peu de temps, et qu'elle reste permanente. Après la marche, on constate ceci : le pied a perdu sa rectitude et s'est porté en valgus; la déviation, quoique très-apparente, n'est pas à son plus haut degré; il existe une contracture des muscles antérieurs et externes de la jambe. On sent sous le doigt la corde formée par le jambier antérieur, et, sur le côté externe du pied, la corde formée par le court péronier latéral. Derrière la malléole se voient les tendons des péroniers violemment contracturés.

L'extenseur commun ne semble pas participer à cette contracture. Les mouvements de flexion et d'extension sont faciles, quoique douloureux; mais les mouvements de latéralité ont complétement disparu, et, dans les efforts qu'on fait pour les produire, on sent les tendons se tendre encore plus fortement. Le ballottement latéral du pied en fait constater l'immobilité, contrairement à ce qui a lieu du côté sain.

Le 2. On voit le malade au lit, et on constate que, de tous les symptômes observés la veille il n'en reste qu'un seul, la douleur. La contracture et la déviation du pied ont disparu. On applique un appareil plâtré, sans avoir recours au chloroforme.

29 avril. On enlève l'appareil. Le pied présente sa rectitude, les mouvements d'extension et de flexion et de latéralité imprimés avec la main sont faciles et ne causent aucune douleur; mais, par le ballottement latéral, il est impossible d'obtenir le moindre mouvement.

Le 30. Malaise et courbature, légère varioloïde qui ne le retient que quatre jours au lit.

3 mai. Le malade accuse un peu de douleur en marchant, et,

Digitized by Google

quand il est resté sur ses pieds, il se manifeste un peu de gonflement.

Le 12. Il semble qu'il y a un peu d'empâtement autour des malléoles; on a au toucher la sensation de fongosités; le gonflement mollasse existe tout autour de l'articulation tibio-tarsienne, surtout vers la malléole externe.

Le 14. Application de bandelettes plâtrées.

2 juin. On enlève l'appareil, on fait marcher le malade qui ne boite pas et dont le pied ne se dévie pas en valgus. Il ne souffre plus en marchant, et il n'y a plus de contracture. L'empâtement a disparu, le ballottement latéral fait constater la mobilité du pied. Enfin le malade sort guéri le 6 juin. On lui recommande surtout d'éviter les longues marches et la station verticale prolongée.

Le 27. Rentré trois semaines après la sortie; depuis qu'il a repris ses travaux, il marche peu; cependant les douleurs du pied ont reparu huit jours après sa sortie de l'hôpital. A la visite, on trouve peu de valgus. Du reste, même après la marche, il était moins prononcé que lors de sa première entrée. Le jambier antérieur seul paraît un peu tendu. Les mouvements de latéralité et le ballottement sont impossibles et augmentent la roideur des jointures; on constate une plénitude légère de tout le contour de l'articulation.

1er août. Le pied étant en valgus, bien que le malade ait gardé le repos depuis la veille, on donne du chloroforme, on obtient vite la résolution musculaire, et on applique un appareil plâtré.

1er octobre. On enlève cet appareil; plus de valgus; lorsqu'on pratique le ballottement, on n'a pas de mobilité, et on provoque de la douleur. Il existe de plus un gonflement mollasse, au-devant de l'articulation tibio-tarsienne et des malléoles, gonflement qui ne laisse pas de doute sur l'existence de fongosités synoviales. Le malade ne marche qu'avec des béquilles, et toujours avec douleur.

Le 10. On conseille au malade de sortir et de ne se livrer qu'à des travaux peu fatigants. Le pied a toujours le même gonflement mollasse; il existe toujours de la douleur en marchant. On lui recommande de porter toujours un bandage roulé.— Exeat.

OBSERVATION XIII.

A.....(Augustine), 12 ans, repasseuse de fin, entrée le 1er février 1864, à l'hôpital de la Pitié. Pas de maladie antérieure, si ce n'est

Digitized by Google

quelques ganglions engorgés au cou il y a un an. Mais sa croissance est devenue très-rapide, et, depuis six mois qu'elle est en apprentissage, elle fait tous les matins, pour se rendre à son travail, une longue course, depuis la rue Mouffetard jusqu'à rue de la Fontaine-Molière. Il y a environ quatre mois, elle éprouva en marchant et surtout dans le pied gauche une douleur qui alla d'abord en augmentant jusqu'à ces derniers jours, et devint alors intolérable, surtout le matin.

Au bout d'un certain temps de marche, cette douleur s'apaisait. Dans ces derniers jours, elle souffrait également en marchant et au repos. Tuméfaction légère du pied gauche, que la malade n'observe pas au pied droit, bien que ce dernier soit douloureux. Marche dès lors tout à fait impossible, les extrémités des pieds se heurtant contre les talons. Notons, du reste, que ce phénomène existe depuis longtemps, et que la malade a toujours eu la marche défectueuse; mais c'est dans ces derniers temps seulement que le choc des pieds provoque de la douleur.

1er février. Lors de l'entrée de la malade, on constate une douleur aux deux pieds, un peu au-dessous et en avant de la malléole interne, spontanée et augmentée par la pression. On trouve une saillie légère formée par le tendon du jambier antérieur, mais surtout la corde formée par la tension des péroniers latéraux, et principalement celle du court péronier, depuis la malléole externe jusqu'au cinquième métatarsien. On observe une déviation légère du pied, qui est porté en haut et en dehors. Il y a un peu de valgus, mais sans déformation, sans aplatissement de la voûte du pied. Il est positif que les pieds ne sont pas plats. Les mouvements volontaires et communiqués de flexion et d'extension sont possibles, non douloureux, quoique limités. Quant aux mouvements de latéralité qui se passent dans les articulations du tarse, ils sont complétement impossibles, soit qu'on veuille les communiquer directement au pied avec la main, soit qu'on secoue le pied en tenant la jambe embrassée avec les deux mains par sa partie inférieure.

La malade garde un repos absolu, et, le lendemain et jours suivants, les mouvements qui manquaient le premier jour sont possibles et la contracture bien moins considérable.

Le 5. La malade sort n'ayant plus depuis longtemps ni contracture, ni douleur, soit au repos, soit pendant la marche.

Elle est munie d'une paire de bottines fabriquée tout exprès pour

Digitized by Google

elle. Ce sont des chaussures ordinaires dont la semelle est renforcée en dedans par une lame épaisse de liége, et constitue un véritable plan incliné qui ramène le pied dans l'adduction. M. Gosselin engage la malade à cesser ses longues courses, à revenir à l'hôpital si elle éprouve de nouvelles douleurs. — Exeat.

OBSERVATION XIV.

C..... (Eugénie), 15 ans, entrée le 30 mai 1863, blanchisseuse. Elle s'est aperçue de l'existence de sa maladie depuis deux ans, à l'époque de son entrée en apprentissage à un atelier de blanchisseuse, où elle travaillait debout toute la journée et allait porter du linge trois fois par semaine. Elle affirme n'avoir jamais boité auparavant, ni souffert du pied, mais avoir eu un cor du petit orteil gauche qui existe encore et la faisait souffrir de temps en temps. La course à faire de sa demeure à l'atelier était très-courte, mais elle travaillait debout et grandissait rapidement; en outre elle portait le linge trois fois par semaine chez les clients. Enfin, interrogée sur ce qu'elle croit avoir causé sa maladie, elle dit avoir reçu sur le pied gauche un baquet vide qu'elle portait, ce qui détermina sur-le-champ de violentes douleurs. Elle entra à l'hôpital des Enfants chez M. Giraldès, le 9 mai, en boitant beaucoup, avec un pied paraissant, d'après son dire, gonflé et douloureux. Le lendemain, elle fut endormie par le chloroforme, sans doute pour l'exploration, puis traitée par des frictions avec le baume opodeldoch et le repos absolu. Le gonflement diminua rapidement; mais la déformation du pied persistant, M. Giraldès proposa une opération, probablement une ténotomie, à la famille qui refusa et fit sortir l'enfant de l'hôpital. A son entrée à la Pitié, l'enfant, interrogée avec persévérance, finit par avouer que, loin de garder le repos absolu, elle était obligée, non-seulement de se lever, mais encore de frotter la salle sur l'ordre de la religieuse; ce qui suffit pour expliquer la non efficacité du traitement de M. Giraldès. Le lendemain de l'entrée de la malade, à la visite, on trouve le pied en valgus très-prononcé; le bord externe est très-relevé et le bord interne appuie seul sur le sol. Pas de changement de couleur à la peau, ni de gonflement; on voit et on sent sous le doigt la corde des péroniers latéraux, du jambier antérieur, de l'extenseur commun et du péronier antérieur.

La douleur est très-vive à la pression, au niveau de la partie ex-

Digitized by Google

terne et antérieure du calcanéum au-dessus et en dedans du trajet du court péronier. Les mouvements de latéralité sont tout à fait abolis ; quant aux mouvements de flexion et d'extension, ils n'existent plus ; seulement M. Gosselin pense que c'est par crainte que l'enfant contracture ses muscles.

Enfin, pour compléter le diagnostic, on fait lever et marcher la malade qui appuie le bord interne du pied sur le sol ; le bord externe est relevé, et la marche se fait en boitant très-sensiblement.

M. Gosselin prescrit un repos absolu qui est gardé cette fois, et des cataplasmes laudanisés, décidé, si les mouvements de latéralité, surtout de flexion et d'extension ne reviennent pas, à réduire par le chloroforme et à enfermer la jambe dans un appareil plâtré.

4 juin. Depuis l'entrée, à l'aide du repos, on a obtenu des alternatvies de contracture et de relâchement. A la visite du soir les muscles sont relâchés et aujourd'hui, à la visite du matin, on sent les muscles affaissés ; mais ils se contracturent dès qu'on approche la main.

Le 5. On essaye de réduire sans chloroforme ; mais la réduction étant rendue impossible par la contracture qui existe spontanément et qui augmente au moindre contact, on endort l'enfant.

M. Gosselin, après avoir obtenu difficilement la réduction, applique un appareil plâtré qui maintient le pied en varus.

Le 20. La malade est toujours couchée et, malgré le repos, conserve des douleurs dans son articulation, au niveau de la malléole externe. Ces douleurs n'augmentent pas à la pression, mais sont presque continues dans la journée, avec exacerbation le matin.

20 août. Les douleurs ayant disparu depuis un mois et la malade pouvant marcher sans aucune souffrance, on enlève le plâtre.

Quand la jambe est en repos, le pied n'est plus en valgus, mais il reprend aussitôt sa position vicieuse dès qu'on touche la malade pour imprimer des mouvements de latéralité. Le valgus se reproduit encore spontanément quand l'enfant est sous le coup de la moindre émotion morale. On observe une contracture qui cède très-facilement dans les manœuvres qu'on fait pour ramener le pied dans sa rectitude. Il n'y a plus aucune des douleurs spontanées qu'on observait auparavant. Les mouvements sont indolents. Toutefois, en explorant avec le pouce la face dorsale et externe du pied, on trouve toujours le même point dont la pression éveille de la douleur, au devant de la malléole externe, à la partie externe et anté-

Digitized by Google

rieure du calcanéum. M. Gosselin lui applique un bandage roulé et fait marcher la malade.

Le 23. En saisissant le bas de la jambe sans toucher au pied, il est possible d'imprimer des mouvements sans douleur; mais aussitôt que le pied est touché ou saisi latéralement, la contracture reparaît; à part quelques exceptions, le valgus est permanent, quoique la contracture soit rémittente. L'enfant assure qu'elle marche sans souffrir, mais elle boite notablement. En somme, à part la diminution de la contracture, les deux mois et demi de repos et d'appareil ont laissé la même douleur occasionnée par la pression de la main ou la station verticale, la même claudication et, à peu de chose près, le même valgus.

Le 27. Depuis quelques jours la malade a repris sa claudication très-prononcée, et le pied est en valgus permanent avec tension des deux péroniers et l'extenseur commun. Section des deux péroniers latéraux à deux travers de doigt au-dessus de la malléole. Il a bien semblé à M. Gosselin qu'il coupait successivement les deux tendons avec le ténotome mousse, et qu'après cette section il restait une dépression profonde, dont le fond était formé par le péroné. Cependant il a été impossible de ramener le pied dans la rectitude et dans l'adduction. La contracture de l'extenseur commun était devenue plus forte. Pas de pansement spécial.

Le 31. Valgus avec tension de l'extenseur commun. Attelle de Dupuytren.

3 septembre. La plaie de la section continue à ne pas suppurer et est restée couverte de taffetas d'Angleterre. Nous croyons sentir la tension du court péronier latéral, dont il est cependant incontestable que la section a été faite; nous nous demandons si la persistance du valgus, par l'action du péronier antérieur et de l'extenseur commun, n'a pas suffi pour maintenir rapprochés les deux bouts du tendon coupé et favoriser la réunion immédiate.

Le 8. On renouvelle tous les deux ou trois jours l'attelle de Dupuytren, employée pour maintenir le pied en dedans, et on constate que, tant qu'on ne touche pas au pied, il est en dedans et sans contracture. Mais, aussitôt qu'on le saisit avec une main, ou qu'on fait seulement le geste pour le saisir, la malade accuse une douleur réelle qu'elle rapporte toujours à la piqûre, cicatrisée cependant, et nous voyons aussitôt l'extenseur commun se dessiner sous la peau, le pied se reporter en dehors et s'y immobiliser.

Digitized by Google

Le 10. L'appareil enlevé, le pied paraît pour la première fois sans déviation. On ne sent plus la corde des péroniers, dont les bouts paraissent cicatrisés, sans laisser toutefois entre eux d'intervalle appréciable à travers la peau. La contracture de l'extenseur commun, provoquée sans doute par la piqûre, paraît avoir cessé; on communique au pied des mouvements de latéralité. Cependant, lorsqu'on veut remettre l'attelle de Dupuytren, il se produit un peu de contracture de l'extenseur commun, et le valgus reparaît, mais pour disparaître presque aussitôt. En somme, l'état du pied est considérablement amélioré.

Le 14. L'attelle étant enlevée depuis quelques jours, et le pied n'étant ni douloureux ni contracturé (dans le lit), on permet à la malade de se lever avec une bottine à semelle plus épaisse en dedans qu'en dehors.

Le 15. La malade marche sans boiter.

Le 18. Il n'y a plus, depuis quelques jours, ni valgus, ni claudication, ni douleur spontanée à la pression sur le côté externe du cou-de-pied. La malade marche avec sa bottine et n'a qu'un peu d'hésitation.

On exécute les mouvements de latéralité très-facilement. La malade promet de ne plus faire de longues courses. — Exeat.

Revenue sur la fin de décembre, elle nous a appris qu'elle allait toujours bien et marchait sans boiterie comme sans douleur et sans valgus.

OBSERVATION XV.

L..... (Eugène), 15 ans et demi, entré le 5 avril 1865; il est d'une bonne santé habituelle; il n'a pas connu sa mère, qui est morte quand il était fort jeune, et il ne peut pas dire à quelle affection son père a succombé. Sa sœur est mariée et bien portante; quant à lui, il a eu à deux ans une maladie caractérisée par un écoulement de sang à l'oreille, au nez et à la bouche. Depuis lors il n'a eu, ou du moins n'accuse rien qui mérite d'être noté. Il habite Paris depuis quatre ans avec sa sœur, dans un logement qu'il dit être fort humide, bien qu'il soit placé au troisième étage. A son arrivée, il exerça d'abord pendant dix-huit mois la profession de fumiste, puis entra comme apprenti mécanicien dans un atelier de Passy, où il est encore. Pas de traces de scrofules, jamais

Digitized by Google

de douleurs rhumatismales. Son pied, très-long pour son âge, n'est pas plat dans toute l'acception du terme, mais offre néanmoins un abaissement notable de la voûte plantaire.

Il y a trois mois environ, en marchant sur le bord d'un trottoir, son pied droit glissa; ce faux pas fit porter violemment le bord interne du pied contre l'angle de la bordure.

Du reste, cet accident ne fut pas accompagné de douleurs bien vives, car il put rentrer assez facilement chez lui et franchir seul la distance assez courte qui l'en séparait. Il désigne très-nettement le côté interne du pied, et principalement le bord interne du tarse comme ayant été le plus violemment atteint. Le lendemain et les jours suivants, il ne fut nullement incommodé; il se livra à ses occupations habituelles. Ce n'est que cinq ou six jours après, et en rentrant chez lui fatigué de son travail, qu'il s'aperçut que son pied était enflé et était le siége d'une roideur et d'une douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Ces symptômes disparaissaient du reste assez complétement par le repos de la nuit et ne le gênaient réellement que quand il avait fatigué le membre. Ne voyant survenir aucune amélioration, il se décide à venir à l'hôpital.

5 avril. On constate l'état suivant. Le pied, un peu plat et d'une longueur au-dessus de la moyenne, ne présente pas de traces de lésions anciennes, pas de cors ni de durillons. Il existe une légère déviation du pied, dont le bord externe est relevé; ce valgus est dû à la contracture de l'extenseur commun et des péroniers latéraux, du court surtout. Les tendons du premier forment des cordes saillantes depuis le ligament annulaire jusqu'à leur insertion aux phalanges. Pas de douleur ni de gonflement; la pression exercée assez fortement sur tous les points du pied ne réveille aucune douleur spéciale.

Les mouvements de flexion et d'extension sont très-limités. Il en est de même des mouvements de latéralité. Lorsqu'on veut les produire, le pied se renverse en dehors, l'extenseur et les péroniers se contracturent, leurs tendons deviennent saillants, et le pied s'immobilise. Ces symptômes disparaissent par le repos au lit; la marche et toute fatigue du pied, même légère, les développent de nouveau. En résumé, quand le malade marche ou qu'on imprime des mouvements, il survient des douleurs, de la roideur, les mouvements sont difficiles et pénibles. Au bout de quelque temps de station verticale, le pied enfle un peu au niveau de la malléole

Digitized by Google

interne, au dire du malade; mais on n'a jamais pu constater ce gonflement.

Le 11. Application d'un appareil plâtré, après avoir ramené le pied en varus.

24 juin. Le malade est resté deux mois entiers sans marcher. A partir du 15 juin, on lui a permis de marcher avec des béquilles. L'appareil, qui est resté solide grâce à une bande dextrinée surajoutée, est retiré le 24 juin.

Le 25. Pas de gonflement ni de valgus; mouvements de latéralité très-faciles; mais il reste un peu de douleur à la pression à la partie interne du scaphoïde. Le malade marche devant nous, mais en boitant sensiblement.

1er juillet. Exeat. Il ne reste plus que de la claudication sans contracture ni douleur.

OBSERVATION XVI.

R....., pâtissier, 19 ans, entré le 5 août 1864. Bien constitué, d'un tempérament un peu lymphatique, il jouit d'une assez bonne santé. Il est à Paris depuis deux mois et demi; avant cette époque, il habitait Rennes, où il travaillait presque toujours debout, mais sans faire de longues courses; il dit n'avoir jamais souffert des pieds. Dès son arrivée à Paris, il entra dans une pâtisserie, où on lui fit faire de longues courses; depuis six heures du matin jusqu'à onze heures du soir, il faisait des commissions. En outre, l'alimentation laissait un peu à désirer. Au bout de quinze jours environ de ce métier, il ressentit des douleurs dans les pieds. Ces douleurs ne se montraient que le soir après les fatigues de la journée. Ses pieds alors étaient roides et enflés; le matin, en se levant, il n'y éprouvait qu'un peu d'engourdissement; le gonflement et la roideur n'existaient plus. Ces accidents augmentèrent rapidement d'intensité sous l'influence des excès de marche, et Roussel quitta bientôt cette place pour en prendre une autre où il marchait moins. La douleur et les autres accidents ne disparurent point, mais au moins augmentèrent moins rapidement. Au bout de trois semaines, nouveau changemeut de place. Dans celle où il entra, notre malade travaillait le plus souvent debout et faisait encore quelques courses; il conservait toujours sa maladie. Enfin, le 31 juillet dernier, à la suite de fatigues plus considérables que les jours précédents, il fut

Digitized by Google

obligé de garder le lit. Ses deux pieds, et plus particulièrement le droit (c'est d'ailleurs toujours celui qui a été le plus malade) étaient plus gonflés qu'ils ne l'avaient jamais été. La douleur, nulle ou à peu près pendant le décubitus, devenait très-vive dès que le malade essayait de se tenir debout; il assure en outre que ses pieds étaient roides, et que la pression au niveau du cou-de-pied déterminait un peu de douleur; il ne peut dire si ses pieds étaient renversés en dedans ou en dehors. Après trois jours de repos absolu, ou à peu près, le gonflement et presque la roideur avaient disparu.

R..... se remit à travailler souffrant encore un peu; mais bientôt la douleur et les autres accidents étant revenus très-prononcés, il vient à la consultation de la Pitié. Le pied gauche était un peu roide et douloureux, mais c'était surtout le droit qui était affecté; il présentait un léger gonflement et une roideur très-manifestes. Son bord externe était relevé, et il offrait la conformation très-accentuée du pied plat. On sentait au-dessus et au-dessous de la malléole externe les tendons péroniers énergiquement contracturés. Un jour de repos a suffi pour faire disparaître tout cela.

Aujourd'hui 6 août, à la visite du matin, il n'y a plus ni douleur ni contracture; la conformation vicieuse a disparu, les deux pieds sont bien conformés, les mouvements sont revenus et notamment ceux de latéralité. Cependant ceux du pied droit sont peut-être un peu moins étendus, et ce pied paraît un peu enflé comparativement à l'autre; on ne croirait pas que ce pied est le même que celui de la consultation d'hier

7 août. Le malade, sur l'ordre de M. Gosselin, a marché ce matin trois quarts d'heure environ, avant la visite, à la suite de cet exercice, il boitait au pied droit à cause de la douleur; examiné pendant que le malade est couché, ce pied est en abduction, en sorte que son bord externe est relevé. Il n'offre point la conformation du pied plat, il présente une certaine roideur. Les tendons de l'extenseur commun et des péroniers latéraux font saillie sous la peau comme des cordes tendues. Quand on demande au malade le point exact où il souffre, il met le doigt sur la surface interne du tarse, au niveau de l'articulation de l'astragale et du scaphoïde. La pression augmente beaucoup la douleur en cet endroit, elle en produit aussi, mais moins, à la face externe au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Le 8. Le pied droit a recouvré ses mouvements. Ils paraissent

Digitized by Google

cependant un peu moins étendus que ceux du pied gauche. On applique un appareil plâtré, après avoir porté le pied en varus.

7 octobre. On enlève l'appareil, le pied n'est plus dévié; les mouvements de latéralité sont possibles, mais ils sont un peu moins étendus que ceux du pied resté sain. Lorsqu'on imprime ces mouvements à plusieurs reprises, il survient un peu de contracture des péroniers latéraux; cette contracture n'est pas douloureuse. La pression au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne détermine un peu de douleur; sauf ce point, il n'y a point de douleur autour de l'articulation.

Le 29. Il y a encore quelques douleurs pendant la marche, mais légères au côté interne du pied, sans contracture jamais, sans claudication. Les mouvements de latéralité sont parfaits. Il a depuis hier un soulier à semelle plus épaisse en dedans. — Exeat.

28 novembre. Rentrée du malade. En sortant d'ici, il se mit à travailler; mais, au bout de deux ou trois jours, il éprouva les mêmes accidents qui l'avaient d'abord amené à l'hôpital. Contracture des péroniers latéraux avec roideur et renversement du pied en dehors, avec douleurs quand il avait marché longtemps. Seulement le repos faisait cesser momentanément ces accidents. Depuis sa sortie, R..... n'a pas pu travailler continuellement; il était forcé au bout de deux ou trois jours de travail de se reposer pendant un temps pareil. A la visite du 29, au matin, le pied n'offre aucune déformation, ni rien qui décèle la maladie, pas de contracture, pas de roideur, mais un peu de douleur à la pression, au niveau du scaphoïde. On lui prescrit de marcher le lendemain une heure avant la visite.

Le 30. Le pied est très-dévié en dehors, immobile; les péroniers latéraux et antérieur sont contracturés, leurs tendons saillants sous la peau et tendus comme des cordes.

1er décembre. Section des péroniers latéraux; le malade reste couché trois jours, il n'y a aucun accident.

Le 5. La petite plaie est cicatrisée. On applique l'attelle de Dupuytren pour porter le pied en varus et maintenir à distance les bouts des tendons.

Le 30. Le malade se lève depuis quelques jours. Il n'a plus de douleur, même à la pression sur le côté interne du pied, aucune contracture, aucun obstacle aux mouvements de latéralité. Au niveau de la section, on sent un très-faible écartement, mais une

Digitized by Google

continuité évidente des bouts tendineux. Le malade marche sans souffrir, mais il boite un peu, ce qu'il attribue à une faiblesse plutôt qu'à une souffrance. Cette faiblesse est-elle causée par la maladie, par le repos prolongé ou par la ténotomie? — Exeat.

20 janvier 1865. Seconde entrée du malade. En quittant l'hôpital, il est allé passer douze jours à Vincennes; pendant ce temps, il s'est trouvé très-bien. Vers le 20 janvier, il est entré comme garçon chez un pâtissier, qui l'emploie à faire de longues courses. Le second jour de ce travail, il est repris de douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne et de grandes difficultés dans la progression.

Le 20. Gonflement léger du côté interne du pied et du cou-de-pied. L'existe au niveau du scaphoïde une douleur vive augmentant à la pression. Le pied est dévié en dehors par la contracture de l'extenseur commun. Les mouvements de latéralité sont impossibles.

Le 23. Le gonflement a disparu; les mouvements de latéralité sont faciles, mais moins que du côté opposé. Le malade s'était reposé quarante-huit heures.

4 février. État stationnaire. Cautérisation superficielle avec le fer rouge au niveau du scaphoïde après éthérisation. L'eschare marche normalement.

Le 7. Exeat pour Vincennes. La douleur scaphoïdienne est légère, mais persiste; légère contracture de l'extenseur commun; le bord externe du pied est un peu relevé. Roideur peu accusée.

OBSERVATION XVII.

F...., cloutier, 34 ans, est entré à la Pitié le 19 septembre 1864, pour s'y faire traiter d'une petite ulcération large comme une pièce de 2 francs située à la malléole interne de la jambe droite. Cette ulcération dont les bords sont enflammés ne présente rien de curieux et guérira bientôt sous l'influence d'un traitement approprié. Comme cause, le malade attribue son ulcération à une *mecanique* qui, lui serrant le pied, aurait determiné une plaie, laquelle, mal soignée par lui, se serait ulcerée. Il portait cette *mecanique* pour un valgus non douloureux du pied droit qu'il a depuis l'âge de 12 ans. Il a toujours eu les pieds plats. Le pied gauche, quoique plat, n'est pas en valgus.

Le pied malade est tourné en dehors, le bord externe est relevé, et le bord interne appuie seul sur le sol pendant la marche. On ne voit et

Digitized by Google

on ne sent sous le doigt aucune saillie tendineuse. Pas de changement de coloration à la peau, excepté vers le point ulcéré, ni de gonflement; pas de mouvements de latéralité. La douleur est nulle, et le malade assure être tellement habitué à son pied qu'il peut rester debout douze ou treize heures pour exercer son état de cloutier sans éprouver aucune souffrance. Comme antécédents, voici ce qu'il raconte : à l'âge de 15 ans, il vit son pied se dévier un peu; il affirme n'avoir amais reçu de coup sur le pied et attribue son mal à une croissance rapide. De plus, la douleur très-vive pendant la nuit, où il sentait, dit-il, son pied se dévier, était à peu près nulle pendant le jour, puisqu'il n'interrompit pas son apprentissage. Néanmoins, cinq ou six mois après l'invasion du mal, il se décide à entrer à la Pitié pour son valgus dans un service de chirurgie dont il ne peut désigner le chef. Il reste cinq semaines environ sans autre traitement que le repos; alors on applique une *mécanique* qui, au bout de peu de temps, détermina des douleurs si atroces qu'on dut la lui enlever. Le malade quitta alors l'hôpital, ayant le pied un peu plus malade qu'auparavant, car son valgus n'avait pas guéri et, sous la presssion de la *mécanique*, il s'était produit une petite écorchure à laquelle on ne fit pas attention. Cette écorchure mal soignée s'ulcéra. Deux ans après sa venue à la Pitié, il entra à la Clinique chez M. Gosselin qui faisait un intérim. L'ulcération fut guérie, mais le valgus ne fut pas traité. Enfin, deux ans après, il va chez Lisfranc à la Pitié, se fait guérir son ulcération qui s'était reproduite et ne rentre plus que cette année, il y a quatre jours. Son ulcération s'était reformée sous la pression d'une chaussure trop étroite. En résumé, le valgus est indolent; on ne constate pas de contracture, et l'absence complète de mouvements de latéralité fait penser à M. Gosselin que les articulations calcanéo-astragalienne et médio-tarsienne sont enkylosées.

L'articulation tibio-tarsienne est mobile, mais moins qu'à l'ordinaire.

17 octobre. Exeat.

OBSERVATION XVIII.

F. ... (Fidélie), 19 ans, femme de chambre; pas de maladies antérieures. Vers l'âge de 10 ans, elle a commencé à grandir rapidement, et à 12 ans elle avait à peu près la taille qu'elle a aujourd'hui (taille au-dessus de la moyenne). Depuis trois ans, elle souf-

Digitized by Google

fre de douleurs dans le pied gauche. Sa profession de domestique la forçait à marcher beaucoup. De plus elle était obligée de frotter chaque jour les parquets, ce qui la fatiguait beaucoup. C'est surtout après une course un peu longue que les douleurs sont vives ; elles sont accompagnées d'un gonflement notable qui disparaît par le repos au lit. Le matin, en se réveillant, les douleurs et le gonflement ont disparu. Elle est allée consulter un médecin, il y a trois mois, qui lui a ordonné de faire des frictions sur la région douloureuse. Aucun autre traitement jusqu'à son entrée dans le service de M. Gosselin le 2 septembre 1865.

A l'examen de la région malade, M. Gosselin constate une douleur très-vive à la pression au niveau et au devant de la malléole interne. La malléole externe offre peu de douleur à la pression. Le volume des extrémités osseuses n'offre aucune augmentation sensible. Les mouvements d'extension et de flexion peuvent être imprimés au pied malade, mais les mouvements d'adduction sont très-limités et font éprouver une assez vive douleur. On réussit bien une première fois à produire quelques mouvements de latéralité ; mais bientôt les muscles se contractent et fixent complétement les extrémités articulaires. On observe surtout une contracture de l'extenseur commun que l'on voit tendu sous la peau. Les péroniers font aussi une saillie appréciable. Lorsqu'on essaye d'imprimer des mouvements de ballottement, à peine a-t-on agité le pied que les muscles se contracturent et déterminent une immobilité complète. Ces résultats deviennent bien saillants lorqu'on examine le pied droit qui est sain.

Les deux pieds ont une conformation normale, il n'y a pas de pied plat. Lorsqu'on examine le pied au moment où il est devenu immobile par suite de la contracture, on voit l'extrémité du pied malade relevée légèrement ; mais son bord externe se trouve sensiblement au même niveau des deux côtés lorsque la malade reste au repos. L'état général de la malade est bon ; on constate toutefois dans les vaisseaux du cou un souffle assez intense. On fait appliquer des cataplasmes laudanisés sur le pied malade.

6 septembre. Appareil plâtré. Afin de relâcher les muscles, on avait obtenu l'anesthésie avec l'éther pur. Au moment où les muscles du côté sain ont été relâchés, on a pu produire des mouvements de latéralité assez marqués. Mais à peine ce premier essai a-t-il été fait que la contracture est survenue et a reproduit l'immobilité, pen-

Digitized by Google

dant que l'anesthésie se continuait et que la malade était assez bien endormie. Voyant que la résolution complète ne pouvait être obtenue, M. Gosselin a appliqué l'appareil plâtré. A ce moment, on a cessé l'éther; presque aussitôt la malade a été prise d'une légère attaque d'hystérie.

Le 7. Bande dextrinée par-dessus l'appareil plâtré qui manquait de solidité. — Repos au lit.

Cette malade continuait à gârder le repos presque complet avec son appareil lorsque, il y a quelques jours (19 octobre), elle a été prise des premiers symptômes du choléra auquel elle a succombé le 24 octobre. L'autopsie a été faite par M. Gosselin lui-même aidé de M. Cabot, son interne.

A. *Examen du pied gauche.* — 1° *Articulation tibio-tarsienne.* — Après l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, on constate au devant de la poulie astragalienne une absence de cartilage dans une étendue de 1 centimètre et demi à peu près transversalement sur 3 à 4 millimètres d'avant en arrière du côté interne et de 2 à 3 millimètres du côté externe. A la partie antérieure de la poulie astragalienne, le cartilage semble être beaucoup plus mince et laisse voir par transparence la surface osseuse. Léger épaississement de la synoviale. Pas de liquide dans la jointure.

2° *Articulation médio-tarsienne.* — Sécheresse très-grande des surfaces articulaires, surtout comparativement avec l'autre pied.

a. *Articulation astragalo-scaphoïdienne.* — Sur la tête de l'astragale, il y a disparition totale du cartilage suivant une ligne oblique de bas en haut et de dedans en dehors de 4 centimètres avec une hauteur variant de 4 à 5 millimètres. A la place du cartilage manquant, on ne voit pas de fongosités, pas de rougeur; il semble que la lamelle sous-cartilagineuse ne soit pas détruite; la surface articulaire est beaucoup plus sèche que du côté opposé, il est impossible d'en ramener comme sur l'autre côté des filaments de synovie. Du côté du scaphoïde, point de destruction, mais un amincissement considérable qui permet de voir un peu par transparence le tissu osseux; il y a une teinte légèrement violacée au lieu de la teinte blanche du côté opposé. Du reste, même absence de synovie que sur l'astragale.

b. *Articulation calcanéo-cuboïdienne.* — Même sécheresse, même

Digitized by Google

diminution de synovie que sur la surface de la jointure astragalo-scaphoïdienne.

Il y a un amincissement du cartilage diarthrodial qui est parfaitement marqué au bord inférieur de la facette articulaire du calcanéum. Sur la facette cuboïdienne, peu de différence d'aspect quand on la compare avec le côté opposé.

3° *Articulations scaphoïdo-cunéennes et cuboïdo-métatarsiennes.* — Synovie normale, pas de lésion appréciable.

4° *Astragalo calcanéenne.* — Au devant de la facette antérieure de l'astragale, encore une destruction de cartilage qui interrompt la continuité avec le cartilage de la tête. Cependant il n'y a pas de sécheresse comme sur la tête astragalienne, cela paraît être dû à ce qu'un repli et des insertions de la synoviale établissent une limite entre l'astragalo-calcanéenne antérieure et l'astragalo-scaphoïdienne. Rien de particulier pour la synovie qui est normale et pour les cartilages sur la partie postérieure de l'articulation. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, quand on examine les deux côtés, c'est la grande vascularisation et le léger épaississement de la portion de synoviale qui tapisse le ligament interosseux calcanéo-astragalien.

B. *Examen du pied gauche.* — Tout ce que nous venons de décrire a été observé comparativement avec les articulations du pied droit. Voici maintenant les particularités que présente celui-ci qui, cliniquement, n'était pas malade.

On trouve sur la tête de l'astragale et suivant la même ligne oblique que du côté opposé (comme si c'était le début arrêté de l'altération), un état dépoli et inégal avec petites excavations (état velvétique) du cartilage diarthrodial.

Après avoir scié les os (astragale et calcanéum), on observe une rougeur bien manifeste qui s'étend de 3 ou 4 millimètres au-dessous des points altérés des surfaces cartilagineuses.

On ne trouve pas d'autre altération des os.

Pas d'état graisseux.

Paris. — Typographie A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 31.

Digitized by Google

Gaylord Bros
Makers
Syracuse, N.
PAT. JAN. 21, 1908

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

M781 Cabot, P.P. 11302
C11 De la tarsalgie ou
1866 arthralgie tarsienne
des adolescents.

NAME DATE DUE

Digitized by Google

Digitized by Google